Les réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux
dans la région des Laurentides





Élaboration des projets cliniques et organisationnels

Document de soutien

Mars 2005

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec
Laurentides

Les réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux
dans la région des Laurentides

Élaboration des projets cliniques et organisationnels

Document de soutien
Mars 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Laurentides

Élaboration des projets cliniques et organisationnels
Document soutien
Une publication de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

ISBN : 2-89547-088-X

Dépôt légal : 2e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides www.rrsss.15.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes des établissements et des organismes qui, malgré leurs tâches quotidiennes, ont contribué aux sessions de travail ayant conduit à la réalisation de ce document.

LES COLLABORATEURS

Le Comité conseil sur le projet clinique

Gylaine Boucher, ex CLSC Jean-Olivier Chénier
Réal Daoust, Centre André-Boudreau
Jean-Pierre Perreault, ex CLSC Arthur-Buies
Bernard Fortin, Centre jeunesse des Laurentides
Lise Bolduc, Centre de réadaptation Le Bouclier
Lucie Dauphin, ex CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Lucie Leduc, Centre du Florès
Jean-Pierre Savaria, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides*
Ginette Leblanc, Agence des Laurentides
Daniel Filion, Agence Laurentides

Les huit comités cliniques

Services généraux

Andrée Chénier, CSSS Thérèse-De Blainville
Anne-Marie Julien, CSSS Rivière-du-Nord/ Nord de Mirabel
Claire Légaré, CSSS Thérèse-De Blainville
Daniel Tinchon, Établissement de santé d'Argenteuil
Ginette Gingras, CSSS des Sommets
Jean-Philippe Vézina, CSSS Thérèse-De Blainville
Jean-Pierre Perreault, ex CLSC Arthur-Buies
Judith Ouellet, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Julie Campbell, Centre de prévention Le Faubourg
Lyse Cloutier Vallée, CSSS Thérèse-De Blainville
Manon Desjardins, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Steve Desjardins, CSSS des Pays-d'en-Haut
Justiane Ruel, CSSS des Pays-d'en-Haut
Francine Laurier, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel
Blandine Piquet-Gauthier, Agence des Laurentides, Direction de santé publique

* ci-après Agence des Laurentides ou Agence

Déficience intellectuelle - TED

Andrée Chénier, CSSS Thérèse-De Blainville
Anny Mousty, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Bernard Michallet, Centre de réadaptation Le Bouclier
Francine Lajeunesse, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Georges Décarie, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Lise Massicotte, Établissement de santé d'Argenteuil
Lucien Labbé, Centre du Florès
Marlyne Laperrière, Centre du Florès
Michel Hébert, CSSS Thérèse-De Blainville
Mona Lahaise, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel
Pierre Bertrand, CSSS des Pays-d'en-Haut
Pierre Guay, CSSS des Sommets
Richard Yelle, Centre du Florès
Yvon L'Abbé, Pavillon Ste-Marie
Danielle Levert, Centre du Florès
Diane Brouillette, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel

Déficience physique

Alain Giroux, Centre de réadaptation Le Bouclier
Denise Vanier, CSSS des Sommets
Francine Lajeunesse, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
François Labelle, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Jean-Philippe Cotton, CSSS Thérèse-De Blainville
Johanne Mongeau, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel
Justiane Ruel, CSSS des Pays-d'en-Haut
Micheline Lamarche, Établissement de santé d'Argenteuil
Raymonde Robitaille, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel
Sylvie Pelletier, Centre de réadaptation Le Bouclier
Jacques Fréchette, CSSS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel
Danielle Lizotte, CSSS Thérèse-De Blainville
Michelle Meilleur, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle

Jeunes en difficulté

Annie Bélanger, Centre de réadaptation Le Bouclier
Gilles Cuillerier, Centre André-Boudreau
Jacqueline Gagnon, CSSS des Pays-d'en-Haut
Jean-Philippe Vézina, CSSS Thérèse-De Blainville
Judith Ouellet, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel l
Marie-Christine Cyr, CSSS des Sommets
Michelle Meilleur, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Monique Thérien, Centre de santé d'Argenteuil
Suzanne Lepage, Centre jeunesse des Laurentides
Sylvie Lepage, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Gilles Rousseau, Centre du Florès
Alain Desmarais, Mesures alternatives des Vallées du Nord
Julie Campbell, Centre prévention suicide Le Faubourg
Martin Gagnon, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel

Santé mentale adulte

Alain Ouellette, Centre du Florès
Denyse Lafontaine, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Edouard Courte, CSSS des Pays-d'en-Haut
Francine Tanguay, Établissement de santé d'Argenteuil
Gilles Cuillerier, Centre André-Boudreau
Jean-Guy Poirier, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Jocelyne Bergeron, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Lorraine Fortin, CSSS Rivière-du-Nord/ Nord-de-Mirabel
Marie Larouche, Centre du Florès
Nancy Larivée, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Richard Frappier, CSSS des Sommets
Robert Côté, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Robert Rochette, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Annie Sapin Leduc, CSSS Thérèse-De Blainville
Julie Campbell, Centre prévention suicide Le Faubourg

Santé mentale infantile

Carmen Brunette, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Christine Delorme, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Denise Trano, Centre jeunesse des Laurentides
Edouard Courte, CSSS des Pays-d'en-Haut
Francine Tanguay, Établissement de santé d'Argenteuil
Gilles Cuillerier, Centre André-Boudreau
Jean-Guy Poirier, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Jean-Philippe Vézina, CSSS Thérèse-De Blainville
Lorraine Fortin, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Nancy Larivée, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Richard Frappier, CSSS des Sommets
Robert Côté, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Julie Campbell, Centre prévention suicide Le Faubourg
Martin Gagnon, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Annie Bélanger, Centre de réadaptation Le Bouclier
Chantal Baribeau, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Danielle Lizotte, CSSS Thérèse-De Blainville
France Castilloux, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Francine Laroche, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Francine Laurier, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Ginette Gingras, CSSS des Sommets
Justiane Ruel, CSSS des Pays-d'en-Haut
Louise Masse, Établissement de santé d'Argenteuil
Mariette Brabant, CSSS Thérèse-De Blainville
Raymonde Robitaille, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Réjean Paquette, CHSLD Villa Soleil
Rock Paquet, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Roselyne Duchesne, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Sylvie Martel, CSSS Thérèse-De Blainville

Dépendances

Edouard Courte, CSSS des Pays-d'en-Haut
Gilles Durand, Centre André-Boudreau
Hébert Parisé, Centre André-Boudreau
Michèle Blais, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel
Richard Frappier, CSSS des Sommets
Richard Morin, Centre André-Boudreau
Robert Rochette, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
Rosemonde Landry, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Sylvie Lepage, CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel
Annie Sapin Leduc, CSSS Thérèse-De Blainville
Bruno Ferrari, Dianova
Carole Levasseur, CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel

Le personnel de l'Agence

Sous la coordination de Daniel Filion, adjoint à la Direction de l'organisation des services et de la main-d'œuvre,
et
la supervision de Ginette Leblanc, directrice de l'organisation des services et de la main-d'œuvre.

Luc Bergeron
Céline Carrier
André Deshaies
Yves-Paul Dugal
Rosette Gagnon
Marie-Hélène Gariépy
Hélène Lafrenière
Marie-Christine Lamoureux
Josée Gosselin
Yvon Jasmin
Marie-France Joly
Yves Viau

Blandine Piquet-Gauthier, directrice de la Santé publique

Le personnel de soutien technique

Johanne Hardy avec la collaboration de Christine Pilote

Le service des communications

Élise Prévost

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES XI
PRÉSENTATION XV

SECTION 1 CONTEXTE GÉNÉRAL

1. CONTEXTE CG-3
2. ASSISES DE LA MODERNISATION CG-6
3. RÉSULTAT DES TRAVAUX CG-13
4. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES CG-27
5. RESSOURCES POUR SOUTENIR LES RLS CG-31
6. INDICATEURS DE SUIVI CG-42
7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES CG-43

SECTION 2 PROGRAMMES-SERVICES

PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE (PAR) 1
PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX SG-1
PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ JD-1
PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT PA-1
PROGRAMME DÉPENDANCES D-1
PROGRAMME SANTÉ MENTALE SM-1
PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED DI-1
PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE DP-1
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE .....
BIBLIOGRAPHIE 1

LES SIGLES

AMP	Activités médicales particulières
CAB	Centre d'action bénévole
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CGR	Comité de gestion du réseau
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJL	Centre jeunesse des Laurentides
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CODIR	Comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux
COSAD	Comité de soutien à domicile
CPE	Centre de la petite enfance
CPS	Centre prévention suicide
CR	Centre de réadaptation
CRASLA	Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique
CRIE	Commission régionale des immobilisations et des équipements
CRM	Commission régionale multidisciplinaire
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DIMOS	Déficience intellectuelle, motrice, organique et sensorielle
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRAMH	Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
DRFI	Direction régionale des ressources financières et des immobilisations
DRMG	Département régional de médecine générale
DROSMO	Direction régionale de l'organisation des services et de la main-d'oeuvre
DRSP	Direction régionale de santé publique
DRSPPE	Direction régionale de santé publique, de la planification et de l'évaluation
DSAP	Direction des services administratifs et préhospitaliers
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique
DSP	Direction des services professionnels

DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
InfoCentre	Entrepôt régional des données sociosanitaires
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
GMF	Groupe de médecine de famille
LSJPA	Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSC	Organisation régionale de la sécurité civile
OSBL	Organisme sans but lucratif
PACS	Picture archiving and communication system
PAPA	Personnes âgées et adultes en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSI	Plan de services individualisés
RI	Ressource intermédiaire
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
RTF	Ressource de type familial
RLS	Réseau local de services

RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'Assurance automobile du Québec
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
SAD	Soutien à domicile
SIC-DI	Service d'information clientèle – déficience intellectuelle
SICHELD	Système d'information clientèle en centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIGISPU	Système d'information de gestion intégrée des services préhospitaliers d'urgence
SIR	Système d'information radiologie
SISECH	Système d'information sur la stabilité d'emploi des cadres et hors-cadres
SISPUQ	Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
SPLL	Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
TCC	Traumatisme craniocérébral
TED	Trouble envahissant du développement
TICs	Technologies de l'information et des communications

PRÉSENTATION

Ce document de soutien est présenté pour commentaires aux directions générales des établissements ainsi qu'aux différentes commissions régionales consultatives. Il sera déposé au conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides lors de sa réunion régulière de mai 2005. Le lecteur trouvera à la fin de la section I une synthèse des différents points de vue exprimés par les instances et les directions interpellées.

Cet outil est le fruit des travaux réalisés par un comité conseil des directeurs généraux et par sept comités cliniques auxquels ont contribué près d'une centaine de cadres et de professionnels des établissements et de l'Agence. Il se veut un document de soutien aux centres de santé et de services sociaux et aux établissements régionaux aux fins de la définition des projets cliniques et organisationnels territoriaux.

A ce titre, il ne vise pas à établir les priorités territoriales et les modalités précises de production de services des établissements. Il pose cependant les balises pour un accès équitable de tous les citoyens de la région à un même type de services. Ce document de soutien n'a pas non plus la prétention de répondre à toutes les questions cliniques et organisationnelles. Il clarifie les responsabilités distinctes en regard de la production de ces services, ainsi que les défis qui sont rattachés à leur mise en place, à leur consolidation ou à leur transformation.

Il devrait par ailleurs contribuer à la conclusion d'ententes de services porteuses d'un rapport égalitaire entre les parties signataires, notamment les établissements régionaux et les centres de santé et de services sociaux (CSSS), et ce, tout en respectant la responsabilité populationnelle et la responsabilité d'accès aux services des CSSS.

Ce document est une des constituantes des projets cliniques et organisationnels, laquelle devra être complétée par les éléments suivants :

- portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire;
- inventaire des ressources et services actuellement disponibles;
- analyse des écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité;
- relevé des modèles cliniques et des collaborations fructueuses déjà implantés qu'il faut maintenir et renforcer;

- choix, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;

- détermination des modalités de suivi des impacts sur les services et la santé de la population.

Le contenu du présent document est, bien entendu, fortement inspiré de tous les travaux ministériels réalisés depuis janvier 2004, dans le cadre de la mise en place de la réforme, et respecte le fond et l'esprit du projet de loi 83[1].

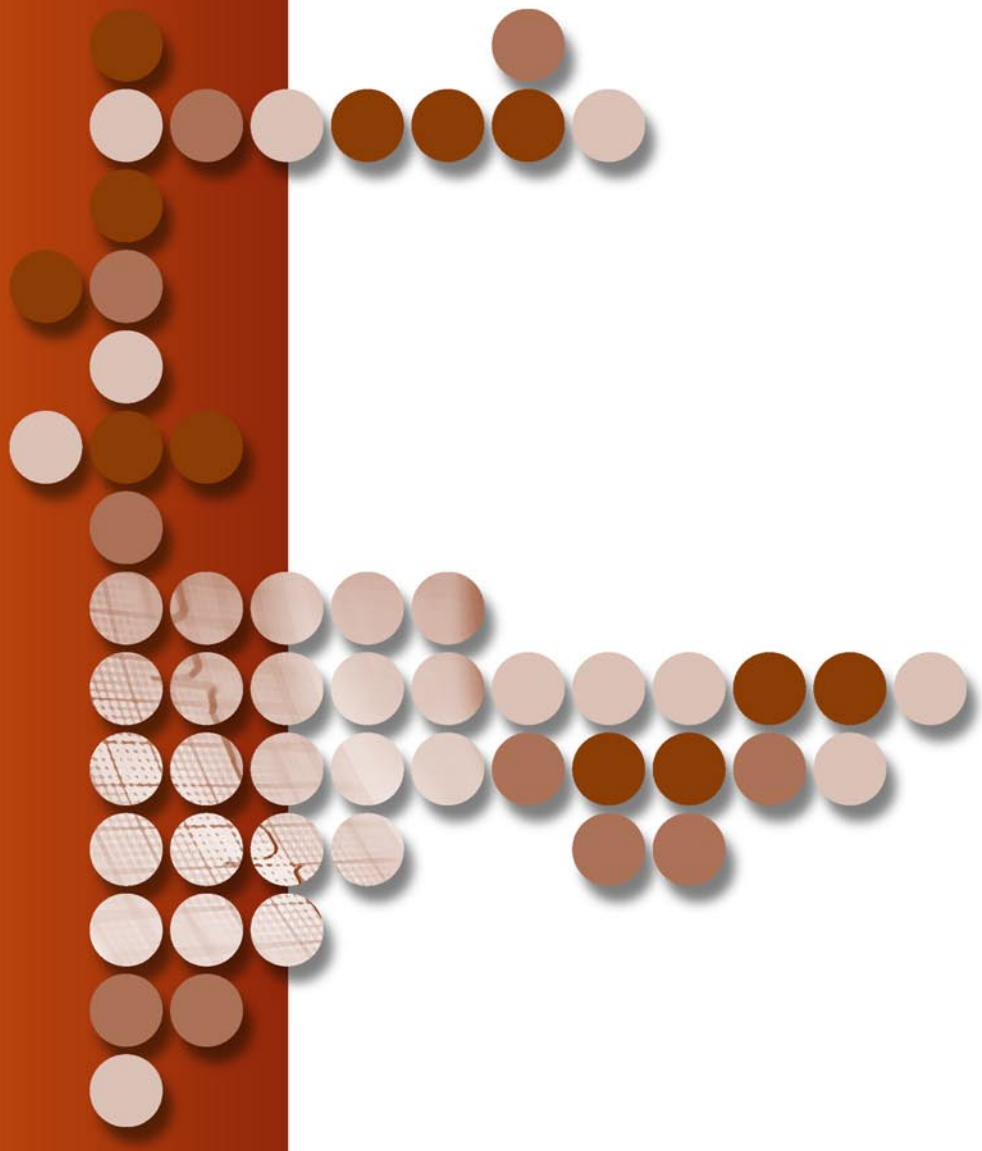
Le document est composé de deux parties principales, à savoir : une première section consacrée au contexte général et une deuxième section spécifique à chacun des programmes-services traités.

Nous souhaitons que ce document, fruit du travail collectif d'acteurs clés de notre réseau, serve à soutenir les actions pour améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire des Laurentides.

[1] Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Section 1

Contexte général



SECTION 1

CONTEXTE GÉNÉRAL

1. CONTEXTE

1.1 DES MODIFICATIONS STRUCTURELLES

LA CRÉATION DES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

En décembre 2003 est adopté le projet de loi 25[2]. Cette loi prévoit que les nouvelles agences exerceront en lieu et place d'une régie régionale les pouvoirs, les fonctions et devoirs que la loi confie à celles-ci et surtout que ces agences auront pour mission de mettre en place, sur leur territoire, une organisation de services intégrés.

Pour réaliser ce mandat, les agences doivent accomplir trois actions :

- proposer au ministre une délimitation des territoires des réseaux locaux de services (RLS);

- identifier les établissements qui formeront l'instance locale;

- tracer les balises pour l'élaboration des projets cliniques et organisationnels territoriaux.

Pour réaliser les deux premières actions et conformément aux orientations ministérielles, l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux des Laurentides a mis en place un processus de consultation qui lui a permis d'élaborer une proposition qui a été transmise au Ministère en avril 2004.

Le 23 juin 2004, le ministre a fait part de sa décision en déterminant sept (7) territoires de RLS dans la région des Laurentides :

- réseau local de services d'Antoine-Labelle
  - fusion : CH et CR Antoine-Labelle et CLSC des Hautes-Laurentides

- réseau local de services des Laurentides
  - CH-CLSC-CHSLD des Sommets

- réseau local de services des Pays-d'en-Haut
  - CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut

[2] Loi instituant les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

- réseau local de services de la Rivière-du-Nord-Mirabel Nord
    - fusion : CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme, CLSC Arthur-Buies, CHSLD de la Rivière-du-Nord

- réseau local de services de Thérèse-De Blainville
    - CLSC-CHSLD Thérèse-De Blainville

- réseau local de services de Deux-Montagnes-Mirabel Sud
    - fusion CH St-Eustache, CLSC Jean-Olivier-Chénier, CHSLD de la Rive et Mirabel

- réseau local de services d'Argenteuil
    - Hôpital d'Argenteuil et CLSC d'Argenteuil

Parallèlement à la démarche de consultation sur les RLS et conformément aux orientations prises par le Comité de gestion réseau régional, l'Agence a piloté, avec un comité de directeurs généraux, des travaux visant à réaliser un document de soutien à l'élaboration des projets cliniques et organisationnels. Bien entendu, la conception de ce document devait s'appuyer, d'une part, sur les grandes orientations ministérielles et, d'autre part, sur les travaux régionaux réalisés au cours des dernières années en matière de planification stratégique.

Suite à cette démarche du comité conseil, il a été entendu avec les directeurs généraux des établissements de la région que le résultat serait repris et enrichi par sept comités cliniques (soit un par programme traité) formés des représentants de tous les établissements, sous la direction de l'Agence.

En décembre 2004, le projet de loi 83[3] vient clarifier les intentions du législateur en proposant notamment :

- le maintien des instances régionales (Agences);
- la consolidation des instances locales (CSSS);
- la contribution des établissements régionaux;
- la responsabilité spécifique et complémentaire de chacun en matière d'organisation de services.

1.2 UN OBJECTIF DE SOUTIEN AUX CSSS

RÉSULTAT VISÉ

La démarche convenue entre l'Agence et les établissements consistait donc à nous entendre, dans un premier temps, sur la nomenclature des activités et

[3] *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*

services, puis sur les rôles et les responsabilités des différents acteurs – producteurs de services. Cette démarche devait nous permettre également de cerner les enjeux et les défis auxquels seraient confrontées les organisations, tant sur le plan local que régional.

Comme mentionné auparavant, ce document de soutien ne se substitue pas aux travaux que les centres de santé et de services sociaux et les établissements régionaux auront à réaliser en vue de la planification locale des services. Il vise à déterminer, du point de vue des établissements régionaux, des centres de santé et de services sociaux et de l'Agence, un certain nombre d'éléments de base qui faciliteront la conclusion d'ententes de services, tout en assurant une certaine homogénéité d'un bout à l'autre de la région. Vous trouverez donc dans la 2e section du présent document, et ce, pour chacun des programmes :

- une définition du programme;
- un portrait démographique et les taux d'incidence par RLS;
- une nomenclature de services;
- les niveaux d'accès aux services : 1re ligne, 2e ligne et 3e ligne;
- les rôles et responsabilités des acteurs;
- les modalités de prestation;
- les principaux défis et enjeux.

Ainsi, lorsque les instances locales auront à définir leur projet clinique et à conclure des ententes, les balises régionales d'organisation de services auront été déterminées. Cette façon de faire est d'ailleurs tout à fait conforme à l'esprit du projet de loi 83 qui mentionne que l'Agence doit réaliser une planification stratégique, tandis que les CSSS auraient la responsabilité exclusive de leurs projets cliniques et organisationnels.

Les travaux ont par ailleurs permis de relever un certain nombre d'activités ou de services qui n'existent pas actuellement ou qui sont donnés de façon partielle. Nous avons donc revu notre panier régional de services conformément aux planifications stratégiques régionales ainsi qu'aux priorités ministérielles. Il est entendu que pour le développement de plusieurs de ces activités, les CSSS et les établissements régionaux devront avoir accès à un développement budgétaire adéquat.

Tout en réaffirmant l'autonomie des établissements en regard des modalités d'organisation de services et de la détermination des priorités issues des besoins locaux spécifiques, le document de soutien rappelle les paramètres pour l'intégration, la continuité, la complémentarité et la qualité des services, notamment en ce qui a trait aux mécanismes d'accès, à la coordination PSI, à la gestion des RNI et à la fonction d'intervenant-pivot.

2. ASSISES DE LA MODERNISATION

Le projet de loi 25[4], le projet de loi 83[5] et les divers travaux ministériels récents viennent préciser les balises et paramètres qui sous-tendent la réalisation des projets cliniques et organisationnels territoriaux. Ils orientent de plus les rôles de chacun des acteurs interpellés dans le cadre d'une organisation de services complète et coordonnée.

2.1 SE PRÉOCCUPER D'AUTRE CHOSE QUE DE LA MALADIE

LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Afin de bien cerner la portée des travaux réalisés, il faut d'ores et déjà introduire le concept de responsabilité populationnelle.

À la lumière des différents documents issus du Ministère, le concept de responsabilité dite « populationnelle » interpelle les centres de santé et de services sociaux à deux niveaux**.** Ils sont responsables:

1) d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population de leur territoire;
2) d'assurer aux citoyens qui en ont besoin l'accès à des services continus.

Pour ce faire, l'instance locale doit s'associer et conclure des ententes avec divers partenaires de son territoire ainsi qu'avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux qui dispensent des services de 2e et 3e ligne. Le regroupement de ces divers intervenants forme pour la population d'un territoire le réseau local de services (RLS).

Les réseaux locaux visent l'intégration des services en assurant l'accessibilité et l'équité d'accès, la continuité, l'efficacité et la qualité. Ils garantissent une offre de service qui couvre les activités de prévention, de promotion et de protection, qu'il s'agisse de services de 1re, 2e ou 3e ligne.

Ainsi, *le centre de santé et de services sociaux a la responsabilité d'assurer à la population de son territoire l'accès à l'ensemble des services de santé et des services sociaux, d'identifier les besoins de la population de son territoire, de préparer l'ensemble des demandes pour des services qui ne sont pas*

[4] *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003)*
[5] *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005)*

disponibles dans son organisation, afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population.[6]

2.2 SE DOTER DE STRUCTURES MIEUX ADAPTÉES A LA RÉPONSE AUX BESOINS DES CLIENTÈLES

Les centres de santé et de services sociaux

La réforme actuelle repose sur la création des centres de santé et de services sociaux qui, dans la perspective ministérielle, ont pour rôle de mobiliser le personnel, les médecins, les partenaires et les ressources de leur territoire autour d'un projet organisationnel et clinique qui leur permettra d'assumer leur responsabilité envers la population locale.

Comme l'indique le *Guide pour l'implantation du projet clinique* élaboré par le Ministère, le CSSS doit :

- établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire;
- inventorier les ressources et services actuellement disponibles pour répondre à ces besoins;
- analyser les écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité et de qualité;
- identifier les modèles cliniques et les collaborations fructueuses déjà implantés qu'il faut maintenir et renforcer;
- choisir, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;
- préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant être contenus dans les ententes de services;
- préciser les rôles et les responsabilités des acteurs;
- articuler les programmes-services avec l'ensemble des services offerts;
- assurer le suivi des impacts sur les services et la santé de la population.

[6] MSSS, *Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux, document de travail*, juin 2004

Par ailleurs, ces nouveaux établissements ont la responsabilité :

- de maintenir et d'améliorer la santé de leur population;
- de documenter, avec l'aide de l'Agence, l'état de santé de cette population;
- d'élaborer un projet clinique et organisationnel territorial et de le mettre en application;
- de produire des services de santé et des services sociaux de 1re et de 2e ligne;
- d'assurer l'accès aux services pour tous les citoyens du territoire, tout en assurant un processus adéquat de cheminement du client;
- de garantir la continuité et l'accessibilité des services, d'un programme à l'autre et d'un épisode de soins à l'autre, et ce, par différentes modalités, dont les ententes de services.

Les partenaires locaux

Pour réaliser leur mandat, les CSSS ont la responsabilité d'établir des ententes avec les différents partenaires de leur territoire, qui eux, devront :

- produire les services de santé et les services sociaux prévus dans l'entente;
- contribuer à la mobilisation des citoyens autour des questions de santé et de bien-être;
- réaliser les engagements pris dans le cadre d'une entente de services.

Les médecins en cabinet privé ou en GMF

Une attention particulière devra être portée sur les collaborations avec les médecins du territoire qui s'engagent à :

- produire des services de santé;
- suivre la santé des clients inscrits;
- réaliser les engagements pris dans le cadre d'une entente de collaboration.

Les établissements régionaux et supra-régionaux

Dans la perspective de la responsabilité à l'égard de sa population, le CSSS devra s'entendre avec les autres producteurs publics de services quant à leur apport pour:

- produire des services de 2e ou de 3e ligne;
- contribuer à l'élaboration et à la mise en place des projets cliniques et organisationnels territoriaux;
- réaliser les engagements pris dans le cadre d'une entente de services avec un CSSS, avec un autre établissement régional ou supra-régional;
- assumer leur part de responsabilité dans le cheminement du client;
- conclure des ententes de services entre eux si requis (régionaux avec supra-régionaux).

L'Agence

L'Agence voit ses responsabilités confirmées en regard :

- de la planification stratégique régionale;
- de la coordination des ententes et des échéanciers;
- de la médiation en cas de litige ou d'absence de solution apparente;
- du respect de normes et standards de qualité;
- de la conformité des projets cliniques territoriaux avec la législation provinciale, les orientations et priorités ministérielles et la planification stratégique nationale et régionale.

Nous rappelons au lecteur l'importance de la continuité, notamment en ce qui a trait à la poursuite des ententes actuellement en cours. La responsabilité des établissements en regard des modalités de services à la population inclut donc la prise en compte de ces ententes, leur mise à jour et leur intégration dans le nouveau processus.

2.3 GARANTIR LE BON SERVICE, À LA BONNE PERSONNE, AU BON MOMENT PAR LE BON PROFESSIONNEL

LA HIÉRARCHISATION

La hiérarchisation, telle que décrite dans le document *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services du MSSS* [7], est un élément important qui permet de définir l'utilisation du service le plus approprié, tout en évitant la surutilisation des services spécialisés et des urgences. Dans cette perspective nous devrions observer :

- une continuité de services qui privilégie une hiérarchisation de ceux-ci;
- une hiérarchisation des services qui se traduit tant dans les activités des services de santé et services sociaux que dans les activités médicales;
- une 1re ligne qui définit clairement une offre de service généraux accessibles à toute la population;
- une 1re ligne dont les ressources humaines possèdent l'expertise adéquate pour assurer les services spécifiques prévus dans chacun des programmes;
- une responsabilité bien définie des 2e et 3e lignes;
- des corridors bidirectionnels de services qui permettent la fluidité entre la 1re, la 2e et 3e lignes, et vice versa.

2.4 INTRODUIRE LA NOUVELLE NOTION DE PROGRAMMES

LES CONTOURS PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN

La direction de la planification du Ministère a produit en janvier 2004 un document décrivant la nouvelle configuration des programmes qui découpe maintenant l'activité du système de santé et de services sociaux en deux types de programmes, soit les programmes-services (en remplacement des programmes clientèles) et les programmes-soutien (de nature administrative et technique).

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune[8].

[7] MSSS, *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services, janvier 2004,*

[8] *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux.* MSSS, janvier 2004.

Pour chacun des programmes services traités dans le présent document, nous avons considéré les orientations et les politiques ministérielles, le plan d'action ministériel, l'organisation des services de la région et la planification stratégique régionale 2002-2006.

2.5 ALLOUER L'ARGENT SUR UNE BASE DE PROGRAMMES

LA BUDGÉTISATION

Les nouveaux paradigmes en regard de la responsabilité populationnelle et la création des centres de santé et de services sociaux interpellent les modèles historiques d'allocation budgétaire. Des discussions devront se poursuivre à cet égard autant au niveau provincial, régional que local. Nous croyons cependant que certaines tendances devraient être respectées, à savoir :

- une budgétisation provinciale selon l'approche programmes-services et en lien avec la Table nationale d'allocation des ressources;

- une budgétisation provinciale qui vise à assurer une juste part par programmes-services;

- une budgétisation provinciale qui vise la correction des écarts interrégionaux.

- une budgétisation régionale qui sera réalisée selon les responsabilités des acteurs quant à chacun de ces programmes et en fonction de la population à desservir;

- une reddition de compte axée sur des indicateurs clientèles et financiers précis;

- un suivi des allocations et des dépenses qui tient compte de normes et standards établis par le Ministère;

2.6 RESPECTER TROIS GRANDS NIVEAUX DE SERVICES

LES LIGNES DE SERVICES

De façon globale, le présent document précise les activités prises en charge par ligne de services, sur la base d'une responsabilité particulière des centres de santé et de services sociaux dans le contexte d'une responsabilité dite populationnelle. Le lecteur doit garder en tête que dans le contexte de la modernisation de notre réseau, le niveau de services ne se définit plus strictement par l'identité du producteur, ni par le lieu de prestation, mais par la continuité et la gradation dans la spécialisation des services requis par l'état de la personne.

Services de1re ligne de niveau local

- services de santé publique offerts à toute la population;
- services généraux offerts à toute la population;
- services spécifiques (dont les activités de santé publique) offerts aux populations particulières ou vulnérables;
- services d'hébergement aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Services de 2e ligne de niveau local

- services de l'urgence;
- services hospitaliers généraux et spécialisés : hospitalisation ou ambulatoire.

Services de 2e ligne de type régional

- services de santé physique en centre hospitalier;
- services spécialisés réalisés par les centres de réadaptation et le Centre jeunesse des Laurentides et dispensés sur une base locale ou régionale;
- services dispensés par la Direction de la santé publique.

Services de 3e ligne de type suprarégional

- services de santé physique en centre hospitalier;
- services en centre de réadaptation (CR) et en Centre jeunesse (CJ) dispensés à l'extérieur de la région.

3. RÉSULTAT DES TRAVAUX

3.1 PROGRAMMES TRAITÉS

LES RÉALISATIONS

Sept des neuf programmes-clientèles ont été traités dans le cadre d'une même démarche, à savoir :

- services généraux;
- jeunes en difficulté;
- santé mentale – adulte – jeunesse;
- déficience intellectuelle et TED;
- déficience physique;
- perte d'autonomie liée au vieillissement;
- dépendances.

Le programme de *Santé publique,* quant à lui, a été traité dans le cadre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux en santé publique. Nous ne l'avons donc pas abordé dans le cadre de la présente démarche. Par ailleurs, nous reconnaissons que les activités de la santé publique (prévention, promotion, protection) sont des éléments clés de la responsabilité populationnelle.

Pour ce qui est du programme *Santé physique*, des travaux spécifiques au projet clinique sont actuellement en cours sous la Direction des affaires médicales et hospitalières de l'Agence. Ils devraient se terminer avant l'été 2005. Le résultat de cette démarche permettra de joindre les données concernant ce programme au présent document de soutien.

Vous trouverez donc dans la 2e section du présent document les données concernant les sept programmes mentionnés, ainsi que le Plan action régional en santé publique. De façon plus précise, les éléments suivants ont été traités :

- la gamme de services;
- la responsabilité de production;
- les modalités organisationnelles (mécanismes de liaison, ententes;
- les défis/enjeux locaux et régionaux ;

3.2 AU-DELÀ DES TRAVAUX SPÉCIFIQUES AUX PROGRAMMES

LES CONSTATS FAITS PAR LES PARTICIPANTS

Les nombreuses rencontres de travail ont permis des échanges très riches avec les participants en provenance de tous les horizons professionnels et de tous les établissements. Nous communiquons ici au lecteur quelques idées fortes qui s'en dégagent.

L'offre de service comme responsabilité partagée et complémentaire

La responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS est une tâche qui devra être adroitement partagée avec les autres acteurs de notre réseau et avec certains partenaires privilégiés, notamment les médecins, les pharmaciens et les organismes communautaires. C'est un grand défi.

En matière de services résidentiels, le présent document s'inscrit dans la même voie que la plupart des régions du Québec, à savoir : que les CSSS auront la responsabilité des RI et RTF pour personnes adultes en perte d'autonomie, mais les établissements régionaux continueront à assurer les services résidentiels pour leur clientèle respective.

Par ailleurs, le projet de loi 83 vient nous indiquer que les centres de santé et de services sociaux auront la responsabilité exclusive de leur projet clinique et organisationnel mais que l'Agence devra élaborer une planification stratégique pluriannuelle qui reposera éventuellement sur des normes, des standards et des seuils de services[9].

Enfin, l'Agence continuera à jouer un rôle par le biais de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières (DRAMH), en regard des services médicaux et un nouveau rôle pour ce qui est des services pharmaceutiques.

L'entente de services comme modalité privilégiée

Le Ministère et les associations ont produit un certain nombre de documents de travail visant à identifier des balises pour la réalisation des ententes. Les différents travaux que nous avons réalisés permettent d'ores et déjà d'identifier certains éléments dont nous devrons tenir compte dans cette démarche :

- tenir compte des ententes actuellement en cours en les adaptant aux nouvelles structures;

- prévoir un seuil minimum de services, quel que soit le territoire de résidence de la personne et donc du CSSS duquel elle relève;

- faire en sorte qu'un établissement régional signe le même type d'ententes avec chacun des sept CSSS de la région;

[9] Depuis peu, le ministère utilise le terme de « seuil de services » plutôt que de cibles ministérielles. Ce seuil pourrait se définir comme une quantité minimale de productions ou un nombre minimal d'usagers ayant bénéficié d'un service précis. Par exemple, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans ayant reçu des services de soutien à domicile dans une année donnée, dans une région donnée.

- mettre à contribution les établissements régionaux au moment de la définition du contenu des ententes;

- reconnaître une responsabilité de l'Agence en regard des grandes planifications régionales et en matière de résolution des différends entre les signataires.

Nous ne devons jamais perdre de vue que ces ententes sont une modalité et non une fin en soi. Les rapports partenariaux existent dans notre région depuis de nombreuses années et la valeur des changements actuels est de venir clarifier, formaliser et systématiser les rôles et les rapports entre les parties.

Le document de travail ministériel sur les ententes de services, tout comme le projet de loi 83, donne par ailleurs des orientations claires en matière de responsabilités.

Les centres de santé et de services sociaux se doivent de prendre les mesures nécessaires, sous forme d'ententes de services avec d'autres organisations et partenaires du territoire ou hors territoire, lorsque certains services ne sont pas disponibles dans le territoire desservi par le centre de santé et de services sociaux.[10]

Nous déduisons de cet énoncé que le CSSS est, d'une part, maître d'œuvre des ententes et, d'autre part, responsable de ses propres engagements comme partie signataire, dont le suivi du cheminement de la clientèle. Par ailleurs, il faut comprendre que les établissements régionaux seront responsables des ententes de services qu'ils concluront avec un autre établissement régional (ex. : CJ avec CRDI).

L'Agence, quant à elle, aura la responsabilité de la coordination des ententes et du respect des échéanciers, tout en agissant comme médiateur en cas de litige ou en l'absence de solution. Elle devra voir également à la conformité des ententes avec la planification stratégique pluriannuelle. Enfin, elle assurera les liens interterritoriaux et, à la demande du ministre, interrégionaux.

L'Agence poursuit ses travaux afin de mettre à la disposition des établissements des outils pertinents à la réalisation des ententes de services.

[10] opus cité

L'importance d'une même compréhension de la « porte d'entrée » et du cheminement du client

Cette responsabilité incombe, d'une part, aux CSSS et, d'autre part, aux médecins omnipraticiens. Elle s'inscrit dans le concept dit de hiérarchisation des soins et des services. Ainsi, comme porte d'entrée principale (partagée avec les médecins et l'urgence), outre l'accueil et l'évaluation du client, les CSSS sont responsables :

- de produire eux-mêmes le service requis ou d'orienter le client vers un autre producteur de services;

- de soutenir le client (et à ses proches) si le service spécialisé n'est pas disponible immédiatement (soutien de transition);

- d'accueillir à nouveau, si requis, le client après l'épisode de soins ou de services dispensés par les services spécialisés.

La référence peut se réaliser à l'interne même du CSSS (services spécifiques pour clientèle vulnérable, services médicaux généraux, services d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie, services hospitaliers généraux et spécialisés de base) à l'intérieur d'un même établissement ou encore chez un partenaire, et ce, dans le cadre de l'application de l'une ou l'autre des ententes.

Le CSSS aura donc généralement la responsabilité de la fonction «gestion de cas-intervenant pivot» et assurera l'accueil, la prise en charge ou l'accompagnement et l'orientation du client à la fin de sa prise en charge dans le cadre d'une entente.

De façon exceptionnelle, la porte d'entrée pourra être un établissement régional,

- sur référence médicale;

- dans le cas de problèmes de dépendances (le client s'adresse directement au Centre André-Boudreau);

- en déficience physique (sur la base d'une référence dans le cadre d'un consortium, par exemple);

- suite à l'application de la LPJ ou de la LSJPA.

Pour ce qui est du cheminement du client, les établissements autres que les CSSS ont la responsabilité d'informer le CSSS qu'un citoyen du territoire est actuellement pris en charge par un établissement régional et qu'il devra bientôt être repris en charge par le CSSS. Ce serait le cas, par exemple, d'un enfant n'étant plus en situation de compromission mais dont la famille devra être soutenue par le CSSS (en 1re ligne). Il faut comprendre que cette façon de faire est bidirectionnelle.

Les paramètres garants de l'accessibilité

Les membres des différents comités de travail se sont entendus sur les balises suivantes en regard de l'accessibilité :

- une 1re ligne de services (GMF, cabinets privés et instance locale) qui constitue la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux;

- une personne à l'accueil formée et informée et dont les connaissances sont mises à jour périodiquement;

- une responsabilité de coordination des activités et des services qui relève de l'instance locale, exception faite des références médicales vers les services spécialisés;

- des modalités et responsabilités pour l'accès aux services d'hébergement clairement définies pour chacun des programmes-services;

- une obligation de référence pour avoir accès aux services spécifiques et aux services spécialisés;

- des services de 2e ligne dispensés à proximité quand c'est réaliste (volume, disponibilité de l'expertise ou du plateau technique) et quand la plus-value est reconnue autant par l'instance locale que par le prestataire régional.

La responsabilité du cadre financier

Les changements actuels visent une meilleure intégration des services de santé et des services sociaux. Les projets cliniques, quant à eux, établiront les paramètres et les modalités qui permettront la consolidation et la structuration d'une offre de service « accessible, continue, complémentaire et hiérarchisée » et contributive à la santé et au bien-être de la population du territoire. Bien entendu, l'atteinte de ces objectifs repose sur deux assises incontournables :

- la modification des pratiques administratives et cliniques sur la base d'indicateurs de performance et de standards de qualité;

- l'opportunité financière de développer un service actuellement inexistant ou bien encore de consolider une activité déjà en place.

L'imputabilité des résultats devra donc se conjuguer avec les ressources humaines et financières disponibles. Il serait illusoire et démobilisant de ne pas tenir compte du cadre financier dans le processus de création des projets cliniques et organisationnels.

Par ailleurs, les règles d'imputation étant directement liées au cadre financier, il apparaît opportun que le niveau de dépenses attendues :

- soit circonscrit dans les programmes;

- soit clairement établi pour chacun des acteurs imputables des résultats;

- fasse l'objet d'un contrôle par l'Agence;

- puisse «glisser » uniquement à l'intérieur du programme ou bien encore de la 2e ligne vers la 1re ligne;

- fasse l'objet d'arbitrage entre les seuils et cibles ministériels, les orientations régionales et les orientations locales, si celles-ci ne sont pas concordantes.

Les participants ont par ailleurs mentionné qu'il ne faut pas faire comme si les contraintes financières n'existaient pas et que toute la réforme pouvait reposer sur la seule volonté de nos dirigeants de réorganiser et de nos producteurs de changer leurs pratiques. Le rétablissement d'une situation minimum devrait précéder le développement basé sur de nouvelles cibles ministérielles ou régionales.

Notre rapport avec les médecins de pratique privée et les pharmaciens

Une des clés de cette réforme est sans contredit l'établissement de liens de collaboration avec les médecins de pratique privée dans la chaîne de l'organisation des services. Des initiatives devront être prises par les CSSS afin de s'allier ces médecins : heures d'ouverture, couverture sept jours par semaine, urgences, etc.

Les alliances que nous observons actuellement entre certains établissements (1re ligne ou centre de réadaptation) et les pharmaciens de leur territoire devront servir de modèle de collaboration. La Loi modifiant le code des professions et

d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé élargit significativement le champ d'expertise du pharmacien qui pourra ainsi s'impliquer davantage dans les soins de santé. Les ententes de collaboration reposeront bien entendu sur des mécanismes de liaison et des modalités de partage d'information sur la clientèle.

Il faut donc garder en tête que tous les programmes interpellent l'expertise médicale à un niveau ou à un autre et que la seule façon de favoriser le partenariat avec les médecins et les pharmaciens est de passer d'une dynamique de « demandeur » de services à celle d'offre de service. Ce rapport doit permettre à chacun d'y trouver son compte.

Notre lien avec les propriétaires de résidences privées

Une partie très importante de l'hébergement des clientèles vulnérables est assumée par le secteur privé. Il faut donc reconnaître que ce type d'hébergement fait partie des possibilités offertes aux personnes en processus de vieillissement, de maladie, de réadaptation, de rétablissement ou de perte d'autonomie. Dans la région des Laurentides, le conseil d'administration de l'Agence a pris des positions claires, inscrites dans deux documents de référence :

- *Cadre de référence pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux* (février 2004)*;*

- *Procédure d'intervention pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux* (février 2004*).*

Le projet de loi 83 vient confirmer la responsabilité de notre réseau concernant le vécu des personnes âgées hébergées en résidences privées en proposant la mise en place d'un processus de certification volontaire. Tout en accueillant favorablement une telle orientation, nous aurions aimé par ailleurs que son objet s'étende également aux autres clientèles vulnérables, particulièrement les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

L'Agence continuera d'accorder le soutien financier à la mission des organismes communautaires. Au regard du rapport entre ceux-ci et les centres de santé et de services sociaux, l'Agence pourra agir à titre de soutien en vue du développement de collaborations territoriales.

Notre rapport avec les organismes communautaires, pour une collaboration mutuellement consentie

Dans les documents ministériels ainsi que dans les notes explicatives accompagnant le projet de loi 25, tout comme dans le projet de loi 83, les organismes communautaires sont désignés comme partenaires des centres de santé et de services sociaux.

Considérant l'apport particulier de ces organismes à la société civile et notre engagement à respecter leur autonomie et leur mission de base, les règles de collaboration se conjugueront très différemment de celles s'appliquant aux établissements du réseau. Les organismes communautaires ne sont pas une composante des réseaux intégrés de services, ils sont des alliés dans l'amélioration des services à la population et dans la lutte à l'exclusion sociale.

A cet égard, l'Agence continuera à jouer un rôle régional important auprès du Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL) en vue de soutenir les centres de santé et de services sociaux et les organismes communautaires dans la construction des collaborations territoriales. Ceci étant dit, nous devons reconnaître que dans plusieurs territoires et pour plusieurs organismes, de telles collaborations existent depuis des années et continueront à se consolider.

Les organismes communautaires considèrent qu'il est nécessaire de préserver leur autonomie dans leurs relations avec les établissements. La perspective de la signature d'ententes de services au détriment de l'obtention de l'augmentation du financement de la mission représente un frein majeur à l'exercice même de leur autonomie.

Sur la base des coopérations fructueuses existantes, le défi est donc de respecter l'autonomie des organismes communautaires et d'appliquer des modalités de collaboration respectueuses des mandats et des missions respectives.

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

En mettant en place les RUIS, le Ministère donne aux facultés de médecine des universités québécoises le mandat de s'inscrire dans une vision commune afin de doter le Québec de réseaux de centres d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies permettant d'améliorer les services et de bonifier l'expertise québécoise. La région des Laurentides est ainsi jumelée avec la faculté de médecine de l'Université McGill et celle de l'Université de Montréal.

La lecture de la documentation sur le concept de RUIS et, notamment, la présentation réalisée par le Dr Bureau[11] nous amènent à identifier les éléments suivants.

La création des RUIS devrait permettre :

- une meilleure organisation des services médicaux spécialisés et surspécialisés;
- une plus grande accessibilité à ces services;
- une consolidation des programmes de formation en région (objectif : 10 % en médecine spécialisée et 30 % en médecine familiale);
- une consolidation des activités de recherche, de formation et d'évaluation des technologies;
- un support et un encadrement améliorés aux hôpitaux régionaux par les facultés de médecine;
- une stabilisation des corridors et une consolidation des programmes de formation préclinique, en externat et en résidence;
- une superposition des territoires de services et des territoires de formation, en autant que faire se peut.

De façon plus précise, chaque RUIS aura la responsabilité :

- de l'accès aux services de niveaux 3 et 4[12] pour les citoyens de la région;
- de l'offre de service aux établissements du territoire de desserte par l'intermédiaire des agences;
- de la complémentarité des services offerts par les deux établissements du RUIS de la région, en respect des domaines d'expertise qui leur sont reconnus (notion de complémentarité intraRUIS);
- de mettre à contribution un autre RUIS si l'offre de service n'est pas complète (complémentarité interRUIS);

[11] Tirés de la présentation Power Point du Dr Michel Bureau, CGR national de juin 2004.
[12] Les niveaux 1 et 2 font appel à des expertises et un plateau technique que nous retrouvons dans les « hôpitaux locaux » et donc nos nouveaux CSSS. Les niveaux 3 et 4 ont appel à des expertises et des plateaux techniques surspécialisés qui supposent notamment un volume et des technologies spécifiques que nous retrouvons dans les hôpitaux spécialisés (ex. Sacré-Cœur).

- d'établir des corridors de services bidirectionnels et des modalités de fonctionnement dans le cadre d'ententes formelles entre les établissements du RUIS et les établissements du territoire de desserte, par l'entremise des agences.

De plus, le RUIS doit assurer un soutien à la 2e ligne :

- un établissement membre d'un RUIS doit fournir des soins et services de 2e ligne aux instances locales de son territoire de proximité, si une telle contribution est requise par l'Agence;

- cet établissement doit donc faire une offre aux instances locales en cause par l'entremise de l'Agence;

- le RUIS apportera une aide ponctuelle si une rupture de services survient ou pour prévenir une telle rupture de services à court, moyen et long terme.

Toute cette opération se réalisera selon la procédure suivante :

- le RUIS propose l'offre concertée de ses établissements universitaires à la région qui lui est assignée;

- l'Agence concernée, ses établissements universitaires et le RUIS conviennent des ententes retenues;

- l'Agence et le RUIS conviennent des modalités et ressources qui en découlent;

- le ministre sanctionne et approuve l'ensemble de la convention du RUIS;

- les ressources appropriées apportent leur appui (MSSS et Agence);

- l'Agence et le RUIS assurent le suivi de performance et de satisfaction, autant pour le corridor de service que pour la formation.

L'implantation-transition comme processus planifié et consenti

Les modifications législatives et structurelles impliquant notre réseau, et particulièrement la responsabilité dite populationnelle qui doit être assumée par la nouvelle instance locale, doivent s'inscrire dans un échéancier réaliste prévoyant des espaces transitoires. Au cours des rencontres de travail, cette question est revenue à plusieurs reprises et l'Agence autant que les établissements devront convenir d'un plan transitoire.

Par ailleurs, aucun transfert d'effectifs n'a été prévu par les différents comités de travail, ni de l'Agence vers les établissements et ni d'un établissement vers un autre. L'explication provient principalement du fait que dans presque tous les programmes et pour un nombre important d'activités, nous n'atteignons même pas le seuil minimum en raison d'un manque de ressources financières ou encore de difficulté de recrutement.

Considérant, d'autre part, la responsabilité dévolue aux CSSS en ce qui a trait à l'accès aux services, au cheminement du client et au soutien de transition en cas d'attente de services spécialisés, plusieurs participants aux comités de travail ont dit craindre un transfert de responsabilités sans moyen de les assumer. Les directions générales devront être vigilantes et les partenaires devront faire preuve de tolérance pendant cette phase transitoire.

Donc, en ce qui a trait à l'accès à tous les services et au soutien pendant l'attente aux services spécialisés, les changements doivent s'inscrire dans un processus temporel entendu entre les établissements, sinon le remède risque d'être pire que le mal. Les ententes de services devront donc prévoir une clause concernant cette transition.

Les pièges du maintien d'une approche silo-programme

Plusieurs ont dit craindre que le nouveau découpage par programmes-services ne de nous replonge dans le piège du travail en silo. Dans le cadre de la démarche ayant conduit au présent document, les travaux ont été menés par programmes-services. Le lecteur constatera que de très nombreux enjeux interpellent un ou plusieurs autres programmes. Cela soulève l'importante question de l'organisation transversale des services, adaptée aux épisodes de soins et aux multiples facettes des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Il est donc ici question d'interdépendance entre les programmes, entre les établissements, entre les professions et entre les partenaires et les établissements.

Ainsi, par exemple, pour l'ensemble des jeunes de la région, quel que soit leur diagnostic ou problématique, une dynamique d'intégration ne sera possible que si les projets cliniques territoriaux prévoient des modalités structurantes de liaisons entre tous les programmes qui touchent les jeunes et leur famille.

L'implication des établissements dans le processus, une stratégie porteuse

Le choix d'impliquer un grand nombre de représentants des établissements dans le processus de rédaction du présent document a eu des effets extrêmement riches. Comme nous l'avons mentionné précédemment, près d'une centaine de

personnes ont été impliquées dans cette démarche et la présence des intervenants et gestionnaires a toujours frôlé le 100 %.

Le premier impact a été une appropriation signifiante et partagée de la modernisation de notre réseau et de ses nouveaux paradigmes. Tout a fait l'objet, à un moment ou à un autre, d'échanges : les valeurs, les fondements, les contradictions, les contraintes, les souffrances et l'espoir d'un meilleur service à la clientèle.

Le deuxième impact a été la reconnaissance de l'autre comme acteur d'un même réseau et, dans plusieurs cas, comme nouveau collègue d'un même établissement. Les participants ont ainsi ouvert la voie à une pratique interdisciplinaire porteuse de changements.

Le troisième impact a été une meilleure connaissance de l'expertise des établissements régionaux et de l'opportunité de mettre à profit leur rôle d'expert, notamment en matière de déficience physique, de déficience intellectuelle et de services aux personnes dépendantes.

Ces impacts reflètent bien l'importance de discuter et de créer des occasions d'échanges autour des projets cliniques. Si l'appropriation des concepts a été cruciale pour les participants à l'élaboration du présent document, il ne faut pas perdre de vue son importance pour les intervenants directs et les gestionnaires. Ce sont ces derniers, en effet, qui porteront les choix effectués et qui devront suffisamment bien comprendre les changements pour sécuriser les clients et leur proche.

Le goût de créer des espaces régionaux

Au cours des travaux collectifs liés à la réalisation du présent document, les participants ont exprimé le souhait de se revoir dans un espace régional. Cette volonté de créer un tel espace par programmes-services ou selon une autre modalité n'est pas antinomique à l'idée de décentraliser la responsabilité de la santé et des services aux instances locales.

Les participants aimeraient ainsi se revoir pour :

- briser l'isolement;
- discuter de questions éthiques et de qualité de services;
- contribuer à l'harmonisation de leur approche;
- échanger sur les meilleures pratiques (*best practices*);
- se donner des espaces communs de formation;
- élaborer un vocabulaire clinique commun;
- travailler à la standardisation des pratiques;

- contribuer à la fluidité des liens avec les établissements régionaux;
- recevoir des informations sur les orientations ministérielles par programmes sur le même mode que les tables de répondants Agence-Ministère.

L'intégration des services

Pour répondre aux objectifs d'intégration et de continuité des services, nous devons assurer l'interdépendance des professions entre elles, des programmes entre eux et des établissements entre eux. Cela vaut pour les missions sociales, de réadaptation, de santé physique et de santé publique.

Quelques pistes :

- les modèles d'organisation permettent une approche-programme intégrée;
- quand c'est possible, une approche par tranche d'âge est privilégiée;
- des mécanismes internes permettent de faire les liens entre les différents programmes;
- les ententes de services sont opérationnelles;les commissions sont impliquées et actives.

Les cibles prioritaires

Afin d'éviter les problèmes de planification et l'incohérence, nous devrons nous donner des moyens pour, d'une part, concilier la responsabilité du CSSS de combler les écarts entre les besoins et l'offre et, d'autre part, répondre aux priorités choisies par le MSSS et par l'Agence dans le cadre d'ententes de gestion et de choix budgétaire.

Quelques pistes :

- les priorités régionales sont influencées par les priorités locales (*bottom-up*);
- l'Agence influence en autant que faire se peut les priorités ministérielles.
- le Ministère détermine des seuils précis.

Les clientèles multiproblématiques

L'organisation des services pour répondre aux personnes présentant des problèmes multiples, notamment liés à la santé mentale, aux troubles de comportement et à la toxicomanie, est et restera un défi majeur qui ne pourra être relevé que par la mise en commun des différentes expertises.

Quelques pistes :

- les projets cliniques prévoient des services résidentiels et spécialisés supraterritoriaux spécifiques à une double ou une triple problématique;
- les services spécialisés, particulièrement régionaux, collaborent entre eux à cette offre de service;
- les ententes de services couvrent ces activités.

Les services jeunesse et l'évaluation-diagnostic

Le concept de hiérarchisation des soins et des services repose nécessairement sur l'évaluation et le diagnostic du client. C'est particulièrement vrai pour les enfants de moins de 6 ans où une évaluation globale permettrait de répondre à leurs besoins tout en évitant des détériorations.

Quelques pistes :

- les projets cliniques prévoient un service d'évaluation-diagnostic pour les enfants de moins de 6 ans;
- l'Agence priorise dès 2005-2006 la mise en place d'une équipe régionale multidisciplinaire d'évaluation globale pour les jeunes;
- les établissements développent une pratique par tranche d'âge autant que par programme-services.

4. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

Les travaux avec les différents comités, ainsi que les échanges entre les professionnels concernés de l'Agence, ont permis d'identifier des modalités structurantes favorisant la liaison des producteurs de services entre eux et avec le client.

Répondant du programme

Le répondant du programmes est une personne désignée par la direction générale du CSSS et qui est responsable du programme en ce qui a trait à la planification, à la programmation, à l'organisation, au suivi et à l'évaluation. C'est cette personne qui fait le lien avec ses partenaires du RLS et avec l'Agence, en ce qui concerne l'organisation des services. Elle a des fonctions cliniques, administratives et de représentation mais non d'engagement budgétaire.

Mécanisme d'accès aux services

Le mécanisme d'accès aux services comprend un ensemble de modalités précisant les étapes à suivre pour bénéficier des services disponibles dans ce programme, allant de l'accueil et de l'évaluation jusqu'aux services spécialisés et à l'hébergement. Ces modalités doivent être claires et connues de tous les intervenants et éviter le dédoublement des informations en misant sur les compétences des intervenants impliqués à chaque étape du processus. Ce mécanisme vise donc la coordination de l'ensemble des demandes de services spécialisés et d'hébergement ainsi que des opérations requises pour en assurer l'accès.

Fonction d'intervenant-pivot

La fonction d'intervenant-pivot est assurée par l'intervenant principal auprès d'une personne en besoin de services. Elle vise l'évaluation des besoins de l'usager et la coordination de l'ensemble des réponses cliniques pour celui-ci. Cette fonction assure et favorise la continuité des services à l'usager et la concertation des professionnels au regard du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI). Il est important de bien définir les responsabilités reliées à cette fonction pour éviter la confusion avec la fonction de coordination PSI. Ces deux fonctions pourraient cependant, dans certains cas, être cumulées par la même personne. Par ailleurs, nous avons préféré la terminologie « intervenant-pivot » à « gestionnaire de cas » tout en étant conscient que ces deux concepts ne sont pas tout à fait synonymes.

Fonction de liaison

La fonction de liaison est assurée par chacun des établissements dans son rapport de partenariat avec les autres établissements, avec les organismes communautaires, avec les partenaires des autres ministères et avec les citoyens du RLS. Différemment de la fonction d'intervenant-pivot, la fonction de liaison n'est pas liée à un client en particulier. Elle est plutôt un mécanisme administratif qui sert d'interface entre les établissements de notre réseau et entre ces établissements et les partenaires du RLS, notamment les autres ministères (éducation, justice, sécurité publique, solidarité, famille, etc.).

Fonction de coordination PSI

La coordination des interventions cliniques repose sur le partage d'objectifs communs et sur la précision des contributions attendues de chacun des intervenants, de chacun des organismes partenaires ainsi que du client lui-même. Cette fonction permet donc, d'une part, d'assurer en 1re ligne la coordination des services à la personne jusqu'à la référence vers les services spécialisés et, d'autre part, d'assurer en 2e ligne la coordination des services à la personne et son orientation vers les services appropriés. L'élaboration des plans d'intervention (PI) par chacun des établissements impliqués s'inscrit dans ce processus. La fonction de coordination PSI implique donc la création de liens fonctionnels entre les partenaires, tout en assurant la participation de la personne elle-même à ce processus. Elle est par ailleurs étroitement liée à la fonction d'intervenant-pivot. Nous soulignons enfin que la coordination PSI n'est pas un poste rattaché à une personne mais bien une fonction, généralement assurée par l'un ou l'autre des intervenants du CSSS. Son efficacité sera donc intimement liée à l'importance qu'y attachera chacun des intervenants invités aux rencontres PSI.

Gestion du parc RI-RTF et encadrement des ressources

Cette activité inclut le recrutement, l'évaluation, le suivi, le soutien aux responsables de ressources, le paiement des ressources et la gestion de la contribution des usagers. Elle inclut les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF).

Mécanisme d'accès aux ressources d'hébergement

Le mécanisme d'accès aux ressources d'hébergement inclut l'ensemble des activités et des moyens entendus entre les partenaires dans le cadre des ententes de services aux fins d'évaluation, d'orientation et de suivi des jeunes dans les différentes ressources d'hébergement : service d'hébergement de crise, service d'hébergement temporaire, service d'hébergement en ressource de type

familial (RTF), service d'hébergement en ressource intermédiaire (RI), service d'hébergement en foyer de groupe ou foyer appartement, service d'hébergement en unité de vie régulière, encadrement intensif et unité de vie sécuritaire, service d'hébergement en unité de vie et en RI pour double problématique.

Traitement des plaintes et des insatisfactions

Le traitement des plaintes et des insatisfactions est le mécanisme par lequel l'établissement accueille les plaintes, les traite et informe le plaignant et son entourage, s'il y a lieu, de sa décision dans un délai raisonnable en regard de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et des droits des usagers et des citoyens.

Mécanisme de vigie-qualité

C'est le mécanisme par lequel l'établissement offre une expertise-soutien aux différents services de son organisation afin de garantir le respect de standards qui assurent la qualité des services et des interventions, la mesure des résultats en regard des besoins de la clientèle et la mise en place de protocoles cliniques selon les meilleures pratiques.

Ententes de services

L'entente de services est un mécanisme administratif de partenariat convenu entre deux organisations ou partenaires afin d'assurer la prise en charge des personnes, le continuum de services et la mise en place de corridors de services. L'entente de services peut couvrir l'ensemble des services de 1re ligne, les services de santé et les services sociaux spécialisés et les services de réadaptation de 2e et 3e ligne.[13] Ce mécanisme indique de façon précise notamment la clientèle visée, la contribution de chacun des signataires, les alternatives en cas de rupture de services ainsi que les modalités de traitement des différends.

Systèmes d'information-transmission d'information

Les systèmes d'information doivent s'ajuster aux nouvelles règles de transmission d'information.

[13] Définition tirée du document : MSSS, *Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux*, document de travail du 11 juin 2004.

Dossier clinique informatisé

Le dossier clinique informatisé est une modalité technique qui facilitera la communication d'information d'ordre clinique sur un usager entre les diverses missions du CSSS, d'une part, et entre le CSSS et les autres établissements locaux, régionaux ou suprarégionaux, d'autre part.

Plan de communication

Le plan de communication comprend l'ensemble des moyens mis en place et des actions réalisées par l'établissement pour informer la population, ses partenaires et son personnel, les consulter, les mettre à contribution et connaître leur satisfaction à l'égard des résultats et des services dispensés ou obtenus.

Plan de formation continue

Le plan de formation continue comprend l'ensemble des stratégies et des modalités visant l'amélioration des connaissances et des pratiques.

5. DES RESSOURCES POUR SOUTENIR LES RLS

LES RESSOURCES HUMAINES
Dans un contexte de changement organisationnel

L'implantation des réseaux locaux nécessite un effort considérable d'adaptation et de concertation de la part de tout le personnel. Au-delà des exigences que comporte ce changement et de la nécessité de le réaliser autant que de s'y adapter, le plus grand défi sera d'intégrer les différentes cultures, d'harmoniser les pratiques, d'adopter une philosophie de gestion renouvelée, de développer un sentiment d'appartenance et d'engagement du personnel à cette nouvelle organisation.

Les fusions créent des bouleversements importants pour le personnel, tant par la réorganisation des services que par la réorganisation du travail. Les gestionnaires et les cliniciens sont plus particulièrement appelés à revoir leur mode ou pratique de gestion et d'intervention, ce qui les confronte, par le fait même, dans leurs compétences et habiletés. Les gestionnaires déjà fort sollicités dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre sont au cœur de cette transformation et c'est sur eux que repose en grande partie la réorganisation.

Afin de soutenir les gestionnaires dans la réalisation de ces changements, un des premiers mandats des directions générales et des équipes de direction, en matière de gestion des ressources humaines, est d'instaurer des conditions pour stimuler et encourager les équipes à être innovatrices et à s'investir pleinement dans le projet organisationnel.

Une des clés de la réussite en période de changement majeur est sans contredit la mise en place de moyens de communication permettant de planifier le changement, d'en communiquer la vision, la nature et les raisons, et ce, de façon à faire évoluer tous et chacun vers la nouvelle réalité organisationnelle. Un personnel mieux informé sera plus enclin à se mobiliser, un personnel mobilisé sera plus ouvert à s'engager dans le projet organisationnel et un personnel engagé saura reconnaître ses besoins en matière de développement de compétences.

Programmes ou moyens proposés pour soutenir les CSSS

Consciente des enjeux et des besoins découlant des changements organisationnels, l'Agence offre différents moyens, programmes ou activités, afin d'appuyer les directions, les gestionnaires et l'ensemble du personnel dans cette transformation.

À titre indicatif, voici diverses activités ayant pour objectif de supporter les établissements :

- soutien aux équipes de direction dans la définition du projet organisationnel en lien avec le projet clinique;

- accompagnement des gestionnaires et de leur équipe dans le changement;

- soutien aux gestionnaires dans la mise en place des programmes-services et dans l'organisation du travail;

- soutien à l'élaboration des plans individualisés de développement de compétences pour les gestionnaires;

- mise en place de programmes de formation ou autres pour répondre aux besoins de développement de compétences des gestionnaires (microprogramme en gestion, programmes d'apprentissage dans l'action, tel codéveloppement, coaching, etc.);

- soutien dans la mise en place de programmes de formation spécifique sur les nouvelles pratiques et/ou les nouveaux rôles et responsabilités des intervenants;

- soutien à la mise en place d'un programme d'identification et de développement de la relève cadre;

- mise en place de mécanismes de concertation régionale pour appuyer les directions de ressources humaines, dans l'application de la loi 30;

- accompagnement des équipes ressources humaines dans leur planification de main-d'œuvre, dans la définition de stratégies de rétention et d'attraction ainsi que dans la gestion de la présence au travail;

- participation à la recherche de solutions visant à soutenir la transition de carrière (bilan de carrière, évaluation de potentiel, préparation à l'entrevue de sélection);

- expertise-conseil en lien avec les clientèles vulnérables.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES
Dans un contexte de partage de l'information entre les différents acteurs

Le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides étant en pleine restructuration, la vision stratégique des ressources informationnelles considère de nombreux éléments de contexte, au niveau canadien, provincial et régional, afin d'assurer l'alignement des cibles stratégiques avec les exigences du milieu de la santé et des services sociaux; cibles stratégiques sur lesquelles s'appuiera l'architecture d'ensemble des ressources informationnelles.

À la lumière du contexte actuel, les éléments suivants sont pris en considération pour énoncer et définir les cibles stratégiques des ressources informationnelles :

- l'importance donnée, à tous les niveaux, à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population, la prévention et la promotion, ainsi qu'une tendance vers une plus grande intégration de la prévention à travers la prestation de soins et services afin de sensibiliser le client à sa propre prise en charge et au développement d'un comportement préventif;

- la continuité des soins et des services à tous les points de vue : relation avec le client, disponibilité de l'information et continuité d'approche, et ce, de façon à s'assurer que les bonnes interventions sont faites au bon moment, au bon endroit et par les intervenants appropriés (*just in time*);

- la nécessité d'établir un réseau centré sur la personne plutôt que sur les structures et l'introduction de mécanismes facilitant l'accessibilité aux soins et services;

- l'importance du soutien à la prestation des soins et services, ainsi qu'à l'encadrement et au développement des pratiques professionnelles;

- l'importance du soutien à l'organisation et à l'administration des services de santé et services sociaux, et ce, particulièrement dans un contexte où le réseau est appelé à être plus efficace et performant;

- l'informatisation ordonnée du réseau de la santé et des services sociaux de façon à répondre aux besoins des intervenants du milieu, et l'importance d'un financement adéquat des travaux requis;

- la nécessité d'avoir une démarche structurée de gestion du changement capable de soutenir l'exécution des plans en matière de ressources informationnelles;

- le respect de la vie privée, la protection des renseignements personnels et la sécurité, ainsi que la gestion des actifs informationnels en conséquence.

À la lumière du contexte actuel et des considérations précédentes, les cibles stratégiques des ressources informationnelles sont présentées ci-dessous :

- soutenir les activités de surveillance continue de l'état de santé de la population, de promotion, de prévention et de protection de la santé et du bien-être;

- assurer la disponibilité des informations, au moment opportun, entre les différents dispensateurs de services, de façon à soutenir la prise de décision et à permettre à tous les intervenants d'accentuer le réflexe de maintenir en santé;

- soutenir les processus d'accessibilité et de coordination de façon à assurer la continuité des services de santé et des services sociaux;

- faciliter la prestation des services de santé et des services sociaux tout en favorisant l'implantation d'une culture de comparaison et d'une culture professionnelle basées sur les meilleurs standards et pratiques;

- soutenir l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux;

- favoriser l'harmonisation des processus et l'intégration des systèmes;

- assurer la *sécurisation* et la protection adéquate des informations électroniques et de leurs dérivés portant principalement sur les clients et les activités du secteur de la santé et des services sociaux.

La présente vision stratégique des ressources informationnelles doit être considérée comme une première réflexion de l'Agence pour encadrer les prochains travaux d'élaboration du plan régional des ressources informationnelles.

Les principaux objectifs de l'élaboration du plan régional des ressources informationnelles sont de :

- développer une dynamique régionale qui favorisera la collaboration des différents acteurs pour la mise en commun et le partage des ressources informationnelles, et ce, dans une perspective de mise en place d'un réseau régional;

- définir l'architecture cible en fonction des cibles stratégiques à atteindre et de la vision stratégique des ressources informationnelles;

- déterminer les enjeux architecturaux qui constitueront des enjeux d'évolution vers la vision stratégique des ressources informationnelles;

- relever, analyser et évaluer les opportunités pouvant contribuer à l'architecture cible et les positionner par rapport à celle-ci;

- établir les priorités pour les trois prochaines années et définir une stratégie régionale de mise en œuvre des ressources informationnelles;

- déterminer, définir et évaluer les projets de ressources informationnelles pour les trois prochaines années;

- planifier et organiser les projets de ressources informationnelles;

- positionner la région par rapport au plan provincial d'informatisation du réseau.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES
Le financement adéquat

Au fil des années, les différentes évaluations ministérielles ont illustré des disparités majeures en ce qui a trait à l'équité budgétaire entre les régions. Ainsi, les ressources financières allouées à la région des Laurentides sont nettement inférieures au niveau moyen observé à l'échelle de la province. Selon les façons de faire le calcul, ce manque à gagner régional varierait entre 40 M$ et 80 M$, soit l'équivalent de 8 % à 16 % des ressources actuellement disponibles dans la région.

Faute de correctifs appropriés, ces écarts auraient même tendance à s'accentuer au fil des années, compte tenu du profil démographique de la population des Laurentides qui connaît les taux d'accroissement et de vieillissement les plus élevés de la province.

La mise en place d'un nouveau cadre d'allocation de ressources par le Ministère à partir de l'exercice financier 2004-2005 devra donc assurer :

- une correction du sous-financement historique de la région, à l'intérieur de délais aussi courts que possible;
- le financement des coûts associé à l'évolution du profil démographique de la région.

L'Agence devra parallèlement s'assurer d'une allocation équitable des ressources disponibles entre les différents territoires locaux, compte tenu des caractéristiques sociosanitaires de leurs populations respectives.

Le financement de la transition

Dans ce contexte de rareté des ressources dans la région des Laurentides, il faudra par ailleurs à court et moyen terme, assurer le financement des différents coûts de transition associés à la mise en place des réseaux locaux. Cela sera particulièrement important pour soutenir la gestion et la mobilisation des ressources humaines dans ce contexte de changements majeurs et intégrer les systèmes d'information existants en phase d'implantation.

LES RESSOURCES IMMOBILIÈRES
Des infrastructures qui répondent à nos besoins

Inévitablement, le développement de réseaux locaux commandera de nouveaux plans d'organisation pour les établissements concernés. Ainsi, pour certains immeubles, la réorganisation des structures administratives nécessitera fort probablement l'agrandissement de leur superficie, tandis que pour d'autres, des espaces y seront libérés.

Par ailleurs, les projets déposés dans le cadre de la programmation des projets d'immobilisations (PPI) au ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 2002, visaient la rénovation fonctionnelle d'installations déficitaires à ce niveau ou le développement des services en place. À la lumière d'échanges avec le réseau, ces projets sont toujours requis.

Également, plusieurs des immeubles qui sont la propriété du réseau accusent un retard important en ce qui concerne le maintien d'actifs, et cette préoccupation doit demeurer prioritaire pour les administrateurs des réseaux locaux. Conséquemment, la pertinence des projets déposés n'est pas touchée.

Pour terminer, dans un contexte de respect de cibles budgétaires, et puisque les administrateurs des réseaux locaux pourront avoir une vision plus large de l'organisation des services, on peut imaginer qu'ils porteront un jugement sur l'organisation actuelle des services de soutien de leur territoire.

Il faudra donc nous assurer que l'Agence pourra soutenir les différents réseaux locaux tant lors du processus de réflexion que pendant la réalisation des travaux retenus.

DES RESSOURCES DANS CHAQUE RLS

Vous trouverez ci-dessous des données concernant les effectifs de notre réseau et les partenaires présents sur chacun des territoires de RLS[14] :

RLS ANTOINE-LABELLE

Budget du CSSS :	71,8M$
Employés temps complet régulier :	602
Employés temps partiel régulier :	446
Employés temps partiel occasionnel :	502
Organismes communautaires :	25
RTF :	74 pour 247 places
RI :	14 pour 156 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Médecins spécialistes :	9
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	14
GMF :	1
Résidences privées pour personnes âgées :	17 pour 265 places

RLS RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD

Budget du CSSS :	142,6M$
CHSLD Villa-Soleil :	9,4M$
Pavillon Ste-Marie :	6,9M$
Employés temps complet régulier :	1050
Employés temps partiel régulier :	776
Employés temps partiel occasionnel :	805
Organismes communautaires :	33
RTF :	132 pour 328 places
RI :	42 pour 187 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Médecins spécialistes :	118
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	48
Résidences privées pour personnes âgées :	52 pour 1191 places

[14] Tiré du document *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans la région des Laurentides, Les territoires et leurs instances,* Agences de santé et de services sociaux des Laurentides, avril 2004.

RLS DEUX-MONTAGNES-MIRABEL SUD

Budget du CSSS :	88.4M$
Budget CHSLD Deux-Montagnes :	4,2M$
Employés temps complet régulier :	728
Employés temps partiel régulier :	600
Employés temps partiel occasionnel :	555
Organismes communautaires :	20
RTF :	66 pour 183 places
RI :	24 pour 104 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Médecins spécialistes :	42
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	39
Résidences privées pour personnes âgées :	25 pour 542 places

RLS ARGENTEUIL

Budget du CSSS :	30.3M$
Employés temps complet régulier :	300
Employés temps partiel régulier :	196
Employés temps partiel occasionnel :	168
Organismes communautaires :	10
RTF :	49 pour 124 places
RI :	16 pour 69 places
Médecins spécialistes :	9
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	7
Résidences privées pour personnes âgées :	11 pour 344 places

RLS THÉRÈSE-DE BLAINVILLE

Budget du CSSS :	38.5M$
Employés temps complet régulier :	276
Employés temps partiel régulier :	318
Employés temps partiel occasionnel :	292
Organismes communautaires :	26
RTF :	104 pour 228 places
RI :	38 pour 172 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	68
GMF :	2
Résidences privées pour personnes âgées :	26 pour 1250 places

RLS PAYS-D'EN-HAUT

Budget du CSSS :	10.1M$
Employés temps complet régulier :	83
Employés temps partiel régulier :	77
Employés temps partiel occasionnel :	90
Organismes communautaires :	9
RTF :	19 pour 45 places
RI :	3 pour 11 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	18
Résidences privées pour personnes âgées :	8 pour 352 places

RLS DES LAURENTIDES

Budget du CSSS :	46.7M$
Employés temps complet régulier :	381
Employés temps partiel régulier :	317
Employés temps partiel occasionnel :	362
Organismes communautaires :	19
RTF	58 pour 174 places
RI :	16 pour 70 places
Entreprise d'économie sociale :	1
Médecins spécialistes :	12
Omnipraticiens en cabinets privés (ETC) :	21
Résidences privées pour personnes âgées :	15 pour 321 places

Les réseaux locaux de services sont également soutenus par des établissements offrant des services sur un site régional, sous-régional ou local.

Centre jeunesse des Laurentides

Budget :	49,4M$[15]
Employés temps complet régulier :	448
Employés temps partiel régulier :	69
Employés temps partiel occasionnel :	265

[15] Dépenses autorisées 2004-2005

Centre André-Boudreau

Budget :	2,9M$[16]
Employés temps complet régulier :	43
Employés temps partiel régulier :	1
Employés temps partiel occasionnel :	6

Centre du Florès

Budget :	27,8M$[17]
Employés temps complet régulier :	182
Employés temps partiel régulier :	46
Employés temps partiel occasionnel :	86

Centre de réadaptation Le Bouclier

Budget :	6,2M$[18]
Employés temps complet régulier :	102
Employés temps partiel régulier :	26
Employés temps partiel occasionnel :	24

CH et CR Antoine-Labelle

Les effectifs pour la mission régionale (hospitalisation longue durée en santé mentale) et sous-régionale (soutien dans la communauté en santé mentale et déficience intellectuelle) sont inclus dans le budget global du CSSS Antoine-Labelle.

CH régional (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)

Les effectifs pour la mission régionale (hospitalisation) sont inclus dans le budget global du CSSS Rivière-du-Nord/Mirabel nord.

Établissements privés conventionnés

Enfin, aux différents établissements ci-dessus mentionnés, il faut ajouter les établissements privés conventionnés dont les budgets sont comptabilisés de façon spécifique.

[16] idem
[17] idem
[18] idem

LES RESSOURCES POUR AIDER À LA PRISE DE DÉCISION
Des données fiables sur la population et les services

La responsabilité populationnelle et le suivi de l'état de santé des citoyens ne peuvent s'exercer sans connaissance précise et le plus possible en temps réel. A cet égard, l'Agence met à la disposition des établissements deux types de données :

- données populationnelles et de santé :
    - produites par la Direction de santé publique dans le cadre du Portrait de santé de la population des RLS;
- données d'incidences et de services :
    - produites par la Direction santé publique et par la Direction de l'organisation des services et de la main-d'oeuvre.

Par ailleurs, il serait important de prévoir des enquêtes sur la satisfaction de la population en regard des services. Ces données seraient d'une grande utilité dans la perspective de cette responsabilité populationnelle assurée par les centres de santé et de services sociaux.

6. INDICATEURS DE SUIVI

La mise en opération du projet clinique et organisationnel par les établissements et leurs partenaires doit nécessairement faire l'objet de suivi. C'est sur la base d'indicateurs précis que nous pourrons apprécier collectivement le niveau d'atteinte des objectifs visés par les différents changements.

Pour ce faire, le Ministère a mis en place un comité de suivi qui devra répondre à six grandes questions[19] :

1. Y a t-il adéquation entre les structures, leviers et contraintes et les moyens mis en place pour assurer l'intégration fonctionnelle des services dans l'atteinte des objectifs visés ?

2. Dans quelle mesure les RLS permettent-ils d'offrir une gamme complète de services de santé et de services sociaux à la population locale ?

3. De quelle façon les RLS ont-ils fait évoluer l'accessibilité aux services de 1re ligne sur les territoires locaux ?

4. Quel est l'apport des RLS à l'égard de la continuité et de la coordination des soins et services ?

5. Quel impact ont eu les RLS sur la mobilisation et l'implication des prestataires de soins et de services dans l'organisation des services ?

6. Comment les RLS sont-ils perçus par la population ?

Par ailleurs, nous devons garder en tête que le processus de suivi de gestion mis en place dans les dernières années se poursuivra et que l'Agence et les établissements devront continuer à rendre compte sur la base d'indicateurs précis : cibles ministérielles et seuil minimum de services.

Les mécanismes de suivi, de validation et d'analyse des différents indicateurs devront être accrus afin de maximiser la qualité des informations produites et de permettre des ajustements et rétroactions sur les activités du réseau. Si les indicateurs permettent de rendre des comptes, ils doivent également être utiles à la planification, à l'analyse et à la prise de décision.

[19] *Proposition préliminaire d'évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux,* mai 2004, MSSS

7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES

Section 2

Programmes-services

Santé publique (PAR)

Services généraux

Jeunes en difficulté

Perte d'autonomie liée au vieillissement

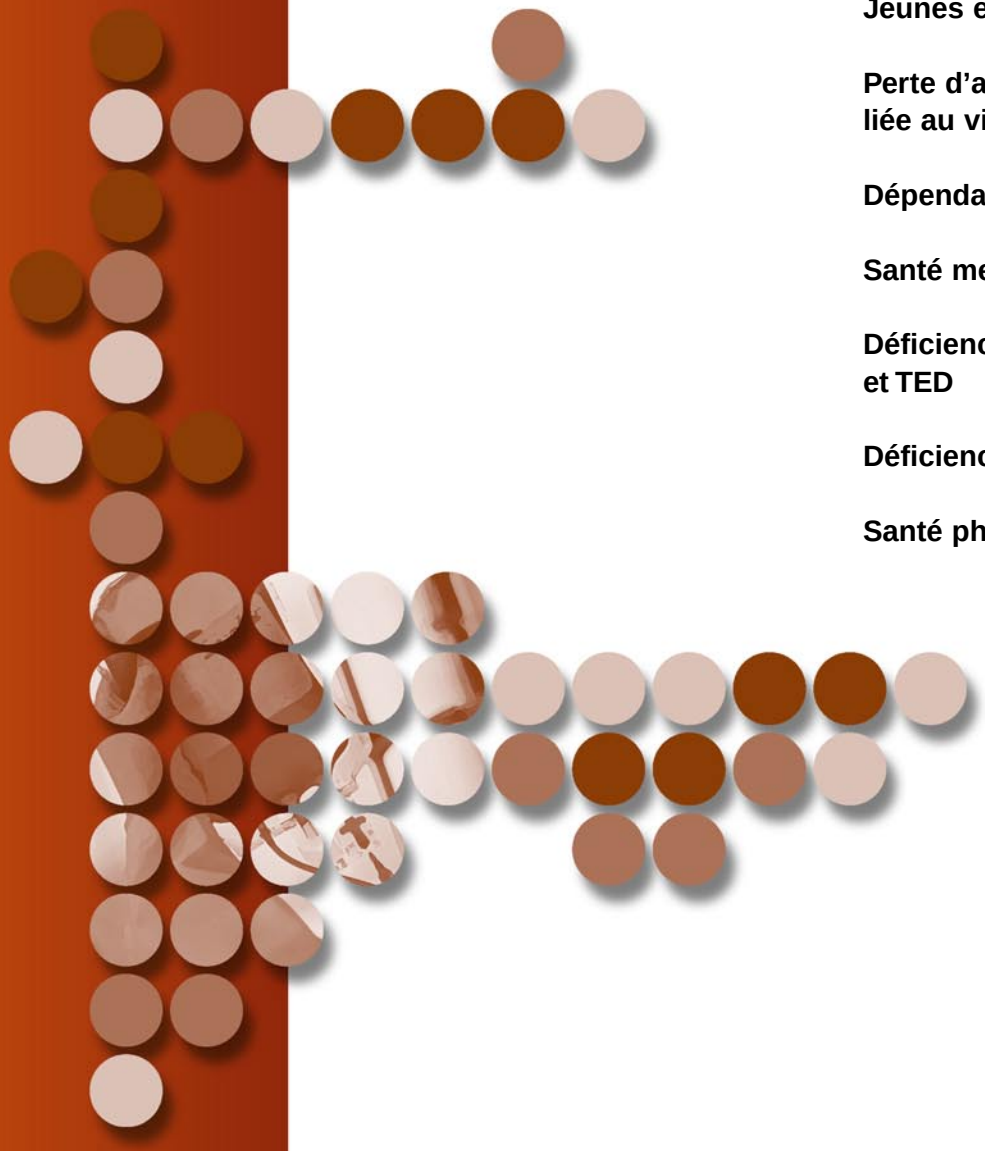
Dépendances

Santé mentale

Déficience intellectuelle et TED

Déficience physique

Santé physique



SECTION 2

PROGRAMMES-SERVICES

1



Programme

Santé publique (PAR)

Plan d'action régional en santé publique 2004-2007

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux le 18 février 2004

Prévenir pour l'avenir...

Direction régionale de santé publique des Laurentides

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Laurentides

Plan d'action régional en santé publique
Une publication de la Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

ISBN : 2-89547-079-0

Édition
Direction régionale de santé publique des Laurentides

Dépôt légal : 1er trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
www.rrsss15.gouv.qc.ca

La mention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides dans le document désigne maintenant l'actuelle Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES 5

1. INTRODUCTION 6

2. CHEMIN PARCOURU 7

3. CONSTATS ET DÉFIS 8
   - 3.1 Une démographie polarisée entre jeunes et aînés, un sous-financement marqué et un état de santé à améliorer 9
   - 3.2 Des écarts importants de santé entre les territoires de CLSC 11
   - 3.3 Des rôles et des fonctions à préciser pour maximiser les résultats 15
   - 3.4 Le lien privilégié entre un patient et son médecin : une occasion à saisir 17
   - 3.5 La prévention, une préoccupation commune et partagée 18

4. ACTIVITÉS PROPOSÉES 20
   - 4.1 Habitudes de vie et maladies chroniques 20
     - • Les saines habitudes de vie chez les enfants et les adolescents 20
     - • Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes 20
     - • Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans 22
   - 4.2 Traumatismes non intentionnels 24
   - 4.3 Développement, adaptation et intégration sociale 26
     - • Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale
       - - Périnatalité et petite enfance 26
       - - Enfants et adolescents 29
       - - Adultes 33
       - - Personnes âgées 37
     - • Les inégalités sociales et de santé, et le développement des communautés 39
   - 4.4 Maladies infectieuses 41
     - • Les maladies évitables par l'immunisation 41
     - • La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO) 43
     - • La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) 44
   - 4.5 Santé environnementale 46
     - • Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur 46
     - • Les maladies d'origine hydrique 47
     - • Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon) 49
     - • Les intoxications environnementales 50
     - • Les maladies liées à la modification de l'environnement 51
     - • Les situations d'urgence et les catastrophes environnementales 52
   - 4.6 Santé en milieu de travail 53
     - • Les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) 55
     - • Les projets provinciaux et les projets spécifiques 57
     - • Le programme « Pour une maternité sans danger » 59
     - • La diminution de l'incidence des intoxications professionnelles en milieu de travail 59
     - • Le projet régional : « Centres de formation professionnelle » 60
   - 4.7 Surveillance, recherche et évaluation 61
     - • La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants 61
     - • L'évaluation pour soutenir la planification et l'intervention en santé publique 62
     - • La recherche appliquée pour soutenir l'activité de santé publique 63

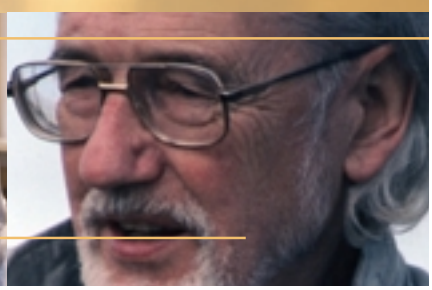
5. RESPONSABILITÉS DES ÉQUIPES 64
   - 5.1 Organigramme de la Direction de santé publique des Laurentides 64
   - 5.2 L'équipe de la prévention et de la promotion 65
   - 5.3 L'équipe de coordination de la protection 66
   - 5.4 L'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation 67
   - 5.5 Le rôle et les responsabilités du CLSC 67

CONCLUSION 68

ANNEXE : Liste des sigles et des acronymes 69

Remarque: Pour alléger le texte et faciliter la lecture, nous avons rédigé ce document en employant le masculin. Nous vous prions de ne voir, dans cette décision, qu'une simple convention grammaticale.



1. Introduction

Plusieurs spécialistes le confirment : pour améliorer l'état de santé de la population en général et des personnes en particulier, et réduire ainsi les besoins de services curatifs, une bonne partie de la solution repose sur la prévention. Dans le domaine du développement social, notamment, il est reconnu que chaque dollar investi en prévention peut faire épargner jusqu'à sept dollars en soins de santé, bien que les résultats ne se fassent pas toujours sentir à court terme.

C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait, à la fin de 2002, le Programme national de santé publique (PNSP), qui énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années. L'objectif du programme : agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser celle-ci. Ce faisant, nous diminuerons le nombre des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux tout en limitant leur développement à l'échelle de la population québécoise.

Conformément à la Loi sur la santé publique, ce programme prévoit l'élaboration, par chacune des régions du Québec, d'un Plan d'action régional en santé publique (PAR), en concertation avec les intervenants du réseau de la santé, principalement les CLSC. Dans cet esprit, le présent plan vise à actualiser les orientations et les cibles prioritaires proposées dans le PNSP tout en tenant compte de nos spécificités régionales.

Il vise également à fournir, à la directrice de la santé publique, les moyens d'assumer les responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur la santé publique, la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le règlement sur la qualité de l'eau potable et tout particulièrement la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces responsabilités se résument ainsi :

- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'elle juge les plus efficaces; en suivre l'évolution et, le cas échéant, faire les études et les recherches nécessaires à cette fin;
- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et assurer la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
- Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'elle le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

Le présent plan ne définit que les contributions des acteurs du réseau de la santé. Il va de soi qu'un projet de cette envergure nécessitera la mobilisation et la participation de tous les acteurs de la communauté. Mais il nous apparaît essentiel que, dans un premier temps, les intervenants du réseau de la santé fassent consensus sur les problématiques et les actions à poser en santé publique dans les Laurentides. Une fois ce consensus établi, la Direction de santé publique (DRSP) sollicitera la participation des acteurs régionaux des autres secteurs : ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), ministère de l'Environnement (MENV), Département régional de médecine générale (DRMG), Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL), etc. Il reviendra ensuite aux CLSC d'interpeller leurs partenaires, notamment les organismes communautaires, les écoles, les municipalités, etc., pour établir les collaborations et contributions possibles de ces derniers à ce grand chantier. Une approche territoriale par CLSC permettra une meilleure participation et appropriation par la population locale des problématiques du milieu et la mise en place de solutions et de mécanismes de collaboration mieux adaptés aux réalités locales.

Ce document présente d'abord le chemin pacouru des dernières années en santé publique. Avant d'aborder de façon détaillée les différentes activités à réaliser, le document présente les principaux constats de santé et les défis auxquels nous serons confrontés. Cette section permet aux lecteurs de mieux comprendre les choix que nous avons faits quant aux stratégies et aux cibles d'intervention proposées.

Vient ensuite le plan détaillé, soit les objectifs, cibles, résultats attendus, rôles et contributions des différents acteurs, par domaine d'intervention, tel que prévu au Programme national de santé publique.Enfin, la dernière section présente le rôle et l'offre de services de la Direction régionale de santé publique et de ses différentes équipes.

2. Chemin parcouru

Avant de présenter plus en détail les différentes actions proposées par ce plan d'action, nous ne pouvons passer sous silence toutes les étapes qui nous ont conduits à son élaboration. Rappelons quelques faits marquants survenus au cours des dernières années.

Dans un environnement interne et externe en constante mouvance depuis 1997, la Direction régionale de santé publique amorçait une première démarche de planification en 1997-1998. À l'époque, il s'agissait de revoir l'ensemble des activités réalisées en santé publique afin de leur donner plus de cohérence au regard des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, des besoins spécifiques de notre région et des spécificités des partenaires soutenus par la DRSP.

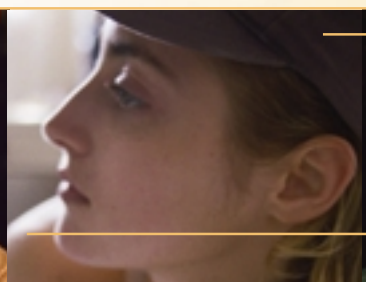
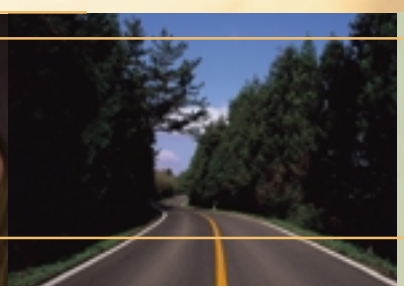
Ces travaux d'envergure, répartis sur trois ans, ont permis de renouveler le partenariat avec les CLSC et de convenir d'actions incontournables et prioritaires, de mieux clarifier les rôles de chacun et de définir les modalités d'une collaboration continue. Dans ce contexte, des projets pilotes mettant en scène un agent de liaison ont été mis sur pied afin d'assurer un arrimage plus étroit entre les CLSC et la DRSP. Cette nouvelle façon de travailler allait permettre d'ajuster les activités de la DRSP aux réalités territoriales et de mieux soutenir les CLSC dans leurs actions de santé publique.

Au cours de cette même période, l'équipe de la recherche et de l'évaluation de la DRSP terminait ses travaux visant à produire un portrait de santé détaillé de la région des Laurentides. Grâce à ce travail complexe, nous disposons maintenant de connaissances plus étendues et plus précises sur le profil démographique et l'état de santé de la population des Laurentides, et ce pour chaque territoire de CLSC. De telles données nous aideront sans contredit à mieux cibler nos interventions.

Par la suite, en juin 2000, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait le premier Plan d'action régional de santé publique. En plus de préciser les actions que devaient réaliser conjointement les CLSC du territoire et la Direction régionale de santé publique avant juin 2001, ce document présentait les ententes conclues à ce jour avec certains CLSC de notre région. Il s'agissait en quelque sorte de la première étape d'une démarche visant à intégrer graduellement au réseau de santé publique les réflexions et la contribution de tous les collaborateurs et partenaires régionaux.

Toutefois, l'environnement de la santé publique s'est passablement modifié au cours de l'année 2001-2002, avec le début des travaux sur la révision de la Loi sur la protection de la santé publique. En vertu de l'adoption de la nouvelle Loi sur la santé publique, en décembre 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a profité de l'année 2002 pour élaborer son premier Programme national de santé publique 2003-2013, qui identifie les tâches à réaliser par le réseau de la santé et des services sociaux au cours des prochaines années. Parmi les mesures prescrites par la nouvelle loi, chaque région est tenue d'élaborer son propre plan d'action. C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent document.

Chose certaine, malgré le travail accompli, depuis les dernières années, pour maximiser nos interventions régionales conformément aux orientations ministérielles, beaucoup reste à faire. Le Plan d'action régional de même que les plans d'action locaux (PAL) des CLSC nous donneront des cibles précises à atteindre en fonction des enjeux qui correspondent à notre réalité.


3. Constats et défis

Au fil des travaux accomplis au quotidien et des expériences vécues avec nos partenaires, nous acquérons une connaissance toujours plus riche de notre environnement. Sur le plan factuel, nous disposons maintenant de portraits de santé nettement plus précis de la population des Laurentides. Sur le plan de l'intervention, nous avons tissé des liens plus riches avec les intervenants sur le terrain, tout en collaborant plus étroitement avec la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'oeuvre (DROSMO).

Par ailleurs, le Programme national de santé publique vient encadrer notre intervention, en nous outillant de stratégies d'action et en précisant l'ensemble des services de santé publique auxquels la population est en droit de s'attendre. Toutefois, malgré cette connaissance accrue de notre environnement, et malgré les outils dont nous disposons, d'importants questionnements subsistent.

À titre d'exemple, les recherches récentes confirment que la prévention représente un moyen efficace, à long terme, pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Nos interventions ne devraient-elles pas s'appuyer davantage sur ce constat, qui s'établit peu à peu comme une certitude?

Les chercheurs constatent également qu'un environnement socioéconomique défavorable a un impact extrêmement négatif sur la santé de la population[1]. Dans ces conditions, les importantes iniquités sociale et de santé que l'on observe à l'intérieur même de notre région ne devraient-elles pas nous inciter à agir davantage auprès des groupes vulnérables?

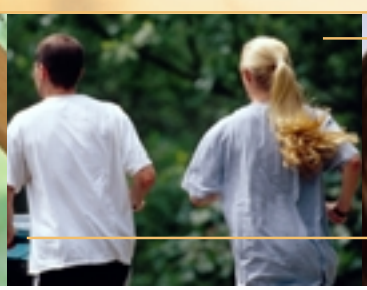
Parallèlement à ces constats sociaux, nous devons tenir compte d'une autre réalité irréfutable : nous évoluons dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. La clarification des rôles et une meilleure coordination de la contribution des intervenants (CLSC, Direction régionale de santé publique, etc.) ne s'imposent-elles pas comme des avenues incontournables pour améliorer l'efficacité de nos actions?

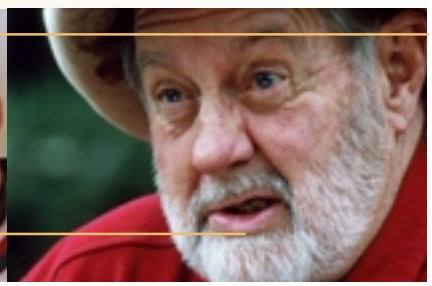
Cela dit, l'existence même d'un réseau de santé efficace s'appuie sur un ensemble de fonctions aussi vitales que complémentaires : planifier et agir, prévenir et guérir… De ce fait, le resserrement des liens entre la planification et l'intervention, de même qu'une meilleure intégration des pratiques préventives et curatives en première ligne ne sont-ils pas des moyens d'améliorer la portée de la prévention?

Plus largement encore, il est depuis longtemps démontré que l'environnement physique, social et économique a un impact sur la santé de la population. Devant cette réalité, la Direction régionale de santé publique ne doit-elle pas constamment dépasser les frontières du réseau sociosanitaire, et coordonner son action avec celle des acteurs de multiples sphères de la société (milieux communautaire, scolaire, socioéconomique, etc.)?

Ces questionnements mettent en évidence l'obligation d'agir en amont des problèmes sociaux et de santé, mais également de pousser plus avant notre action à l'intérieur du nouveau cadre légal de la santé publique. Heureusement, notre connaissance plus approfondie du profil sociosanitaire de la population des Laurentides, jumelée à l'évolution de nos réalités organisationnelles, est riche en enseignements… et en messages. Il en découle un certain nombre de défis qui nous attendent, auxquels nous devons nous attaquer sans tarder. Voyons autour de quels constats s'articulent ces défis.

[1]Voir entre autres : *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population.* Direction de la santé publique de Montréal-Centre, mars 1998, 92 pages.



Constats et défis

3.1 Premier constat : une démographie polarisée entre jeunes et aînés, un sous-financement marqué et un état de santé à améliorer

Pour mieux comprendre les besoins spécifiques de la région des Laurentides, il convient d'en connaître certaines caractéristiques. Il s'agit d'un territoire vaste et diversifié, qui s'étend de la banlieue nord de Montréal jusqu'aux portes de l'Abitibi. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver une gamme variée de contextes et de réalités. En fait, on y distingue trois grandes zones : le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Avec une population qui s'élevait à 474 890 habitants en 2001, la région des Laurentides vient au cinquième rang des régions sociosanitaires du Québec pour ce qui est du nombre de ses habitants. La densité de la population décroît du sud au nord, passant de 624 habitants par km^2 dans le territoire du CSLC Thérèse-de-Blainville (sud) à 6 habitants par km^2 dans le territoire du CSLC des Hautes-Laurentides (nord).

Entre 1991 et 2001, la population des Laurentides s'est accrue de 21,3 %, comparativement à 4,7 % pour l'ensemble du Québec (ISQ, 2002). Les projections démographiques laissent entrevoir un taux d'accroissement de la population de la région de 11,2 % entre 2001 et 2011, un taux plus de trois fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (prévu à 3,3 % pour la même période). Cette croissance devrait se manifester de façon marquée dans le centre de la région, particulièrement dans le territoire du CLSC Arthur-Buies (centre), où on s'attend à une augmentation de 15,1 % de la population. Dans le centre-nord (territoires du CLSC des Pays-d'en-Haut et du CLSC des Trois Vallées), où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés, des dizaines de milliers de résidents saisonniers viennent gonfler les effectifs de la population locale. Par contre, la croissance démographique s'annonce presque nulle dans le nord, avec un taux prévu de 1,7 % pour le territoire du CLSC des Hautes-Laurentides (nord).

Un profil jeune malgré un fort vieillissement

Plus que toute autre donnée, c'est la composition des effectifs de cette évolution démographique qui teintera le profil de la demande de services. Fait particulier à notre région, même si le portrait sociodémographique de la prochaine décennie s'esquisse autour du vieillissement de la population, ce phénomène sera en partie atténué par un apport migratoire qu'on prévoit largement constitué de jeunes familles.

Bien qu'elle soit plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, la population des Laurentides n'échappe pas au phénomène du vieillissement : le taux d'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus de la région a été de 41,7 % entre 1991 et 2001, comparativement à 27,7 % pour le Québec. Les projections indiquent que cette tendance se poursuivra entre 2001 et 2011, avec un taux d'accroissement de la population des aînés de 43,4 % pour les Laurentides (26,8 % pour le Québec), l'un des plus rapides au Québec pour ce groupe d'âge. Ce sont les territoires de CLSC les plus jeunes et les plus populeux, situés au centre et au sud de la région, qui devraient voir leur population de 65 ans et plus s'accroître dans une plus grande proportion. Ainsi, les services destinés à cette clientèle devront faire l'objet d'ajustements importants.

Cela ne signifie pas pour autant que l'on puisse fonder le développement des services aux aînés sur une réduction marquée de la demande de la clientèle des jeunes. En effet, bien qu'elle soit en diminution, la proportion des jeunes âgés entre 0 et 14 ans au sein de la population des Laurentides demeurera plus importante, en 2011, que celle des aînés (15,9 % contre 14 % de la population totale). D'ailleurs, trois territoires du sud et du centre de la région (Thérèse-de-Blainville, Jean-Olivier-Chénier et Arthur-Buies) devraient conserver une proportion de jeunes de 0-14 ans supérieure au taux provincial de 14,9 % prévu pour 2011.

Bref, au cours des prochaines années, la région des Laurentides sera confrontée à une double difficulté : elle devra proposer des services de santé tenant compte d'une augmentation rapide du nombre de personnes âgées, tout en consolidant l'éventail des services destinés aux jeunes[2], dont le nombre se maintiendra.

[2] *Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, MSSS, 1998, 111 pages.*






Constats et défis

Des ressources limitées

À cette dualité des besoins s'ajoute une autre réalité : la région des Laurentides évolue dans un contexte de sous-financement des activités de santé publique. Déjà, les investissements en prévention-promotion, de 1996-1997 à 1999-2000, révélaient une certaine stagnation du nombre d'heures travaillées en santé publique, malgré une croissance continue des dépenses du réseau. Le comité Bédard[3] constatait, pour notre région, que le programme clientèle de santé publique présentait un écart de -44,9 % entre les dépenses réelles (9,25 M$) et attendues (13,4 M$), en 2000-2001. Il s'agit du manque à gagner le plus important des 15 régions sociosanitaires comparées dans le cadre de cet exercice.

En 2002, un portrait des ressources de santé publique, établi selon les domaines d'intervention prévus dans le Programme national de santé publique, a permis d'estimer que, dans les Laurentides, le budget de santé publique, calculé au per capita simple, était non seulement inférieur de près de 15 % à celui de l'ensemble du Québec, mais aussi qu'il variait considérablement entre les CLSC. Cette tendance semble difficile à inverser dans le contexte de l'engorgement de plusieurs services de première ligne et de chirurgie, ce qui engendre une forte pression pour faire glisser les investissements vers les services curatifs. Dans un avenir rapproché, ce mouvement pourrait s'intensifier davantage avec l'intégration des CLSC au sein des nouveaux réseaux d'établissements, alors que le poids relatif des services préventifs deviendra encore moins important que celui des services curatifs. Il importe donc de trouver les moyens de protéger la mission et les ressources dédiées aux activités de santé publique qui seront menées dans ces réseaux.

Per capita simple du budget de santé publique, dépenses dans les DRSP et les CLSC, région des Laurentides et ensemble du Québec, 2001-2002

Région	Dépenses DRSP	Dépenses en CLSC	Dépenses totales
Laurentides	7,17 $ / habitant	24,45 $ / habitant	31,62 $ / habitant
Ensemble du Québec	8,73 $ / habitant	28,09 $ / habitant	36,82 $ / habitant

(Source : MSSS, DGSP, Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC. Année budgétaire 2001-2002, novembre 2002)

Avec peu de moyens, la région se trouve donc confrontée à la nécessité de développer des façons d'endiguer l'accroissement potentiel des besoins sociosanitaires associés au vieillissement de sa population, tout en maintenant les services à sa population jeune. La prévention constitue un outil permettant de relever ce défi : une intervention accrue en amont réduira les besoins en matière de services curatifs. À titre d'exemple, année après année, on constate que le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par cancer de la trachée, des bronches et des poumons, est plus élevé dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec. Or, on constate aussi que la proportion de fumeurs réguliers, le nombre de personnes sédentaires ou présentant un excès de poids y sont toujours légèrement plus élevés. Dans le même esprit, la proportion des aînés vaccinés contre la grippe est moindre dans les Laurentides qu'ailleurs au Québec. Autre triste constat, nous comptons sur notre territoire un pourcentage plus élevé qu'au Québec de conducteurs décédés dont le taux d'alcoolémie était supérieur à la norme. Enfin, les Laurentides connaissent aussi un taux ajusté de mortalité par chutes accidentelles plus élevé que l'ensemble du Québec; nous n'avons pourtant aucun programme préventif à cet égard.

Premier défi

À la lumière de ce qui précède, dans une région aussi vaste et diversifiée que la nôtre, comment concilier un profil démographique jeune, une population vieillissante et des ressources limitées? Dans ce contexte, nous devons:

Placer la prévention en tête de nos obligations.

Bien sûr, en théorie, une grande majorité de gestionnaires et d'intervenants se reconnaissent cette responsabilité. Toutefois, l'expérience passée nous démontre que, dans la pratique quotidienne, la pression du curatif fait en sorte que cette responsabilité ne se traduit pas toujours par des actions concrètes… Si nous voulons permettre à nos aînés de vieillir en santé, ou à nos jeunes de connaître un développement harmonieux, il ne fait aucun doute que nous devons accentuer ce virage sur la prévention.

Il devient impératif de redoubler d'ardeur pour soutenir les interventions de prévention. Pour ce faire, nous entendons **protéger les budgets consentis** au secteur de la prévention, assurer un suivi des activités réalisées et poursuivre nos activités de représentation auprès du Ministère afin d'augmenter les budgets de santé publique dans notre région. Ces actions nous permettront d'ajuster nos services en fonction des besoins des différents groupes de la population.

[3]L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD, comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD, MSSS, juin 2002, 119 pages.

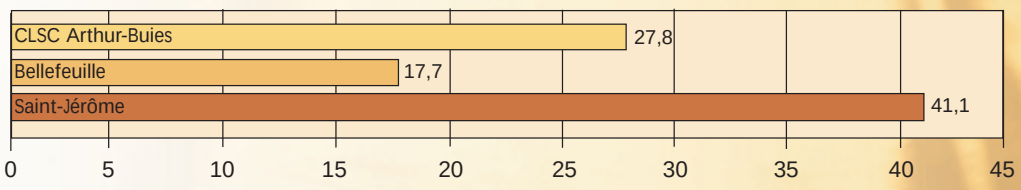
3.2 Deuxième constat : Des écarts importants de santé entre les territoires de CLSC

En plus de nous apporter une connaissance plus fine des problématiques à l'échelle sous-régionale, les portraits de santé par territoires de CLSC « Connaître pour agir » nous ont permis de confirmer certaines de nos intuitions quant aux différentes réalités qu'on retrouve à travers la région. En effet, dans presque tous les domaines de la santé et du bien-être, on observe des écarts entre les territoires de CLSC, tout comme entre certaines localités situées à l'intérieur d'un même territoire.

À titre d'exemple, la région des Laurentides compte une proportion légèrement moindre qu'au Québec de personnes à faible revenu, soit 25,5 % contre 27 % en 1996. On constate cependant que la situation varie considérablement du sud au nord de la région : dans Hautes-Laurentides, la proportion de ménages à faible revenu atteint 38,3 %, plus du double de celle observée dans Thérèse-de-Blainville (17,8 %).

De même, les écarts entre municipalités illustrent des réalités et des besoins fort différents à l'intérieur d'un même territoire de CLSC. Le tableau suivant en fournit un exemple :

Proportions (%) de personnes vivant dans un ménage à faible revenu de deux municipalités du territoire de CLSC Arthur-Buies, 1996

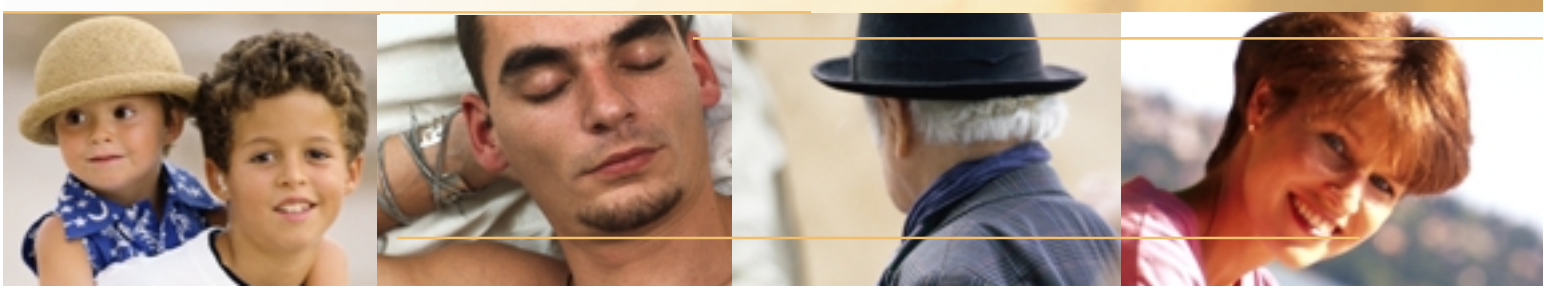


Source : Statistique Canada, recensement canadien de 1996

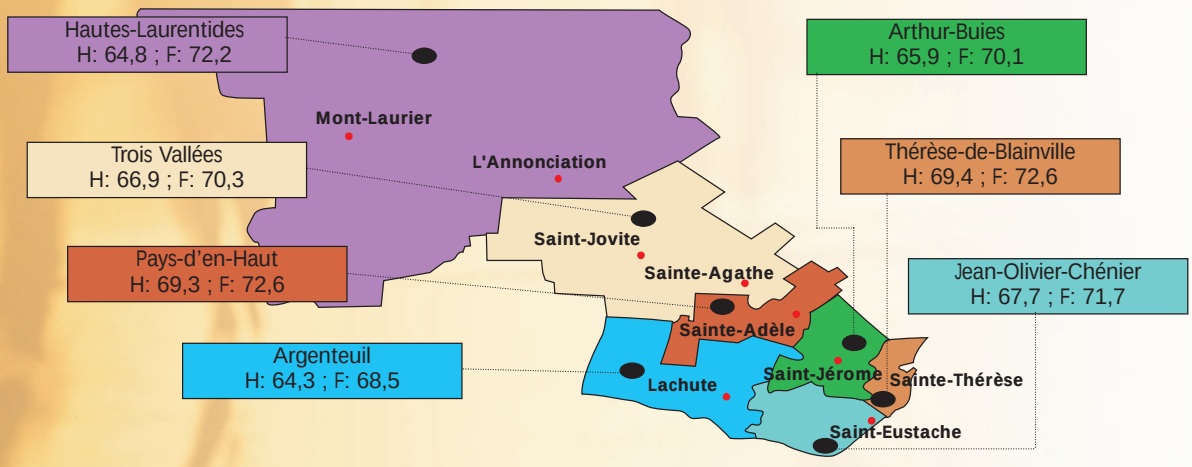
Scolarité, espérance de vie et suicide

On observe le même phénomène de disparités prononcées, à l'échelle locale et régionale, en examinant d'autres données sociosanitaires. Ainsi, la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires est sensiblement plus élevée dans la région des Laurentides (38,6 %), comparativement à la situation qui prévaut dans l'ensemble du Québec (35,5 %). Les variations entre territoires de CLSC sont cependant beaucoup plus impressionnantes : elles oscillent entre 29,9 % dans Pays-d'en-Haut et 50,2 % dans Hautes-Laurentides.

De la même façon, dans la région, l'espérance de vie à la naissance, sans incapacité (67,2 ans chez les hommes; 71,2 ans chez les femmes), se compare à celle du Québec (67,3 ans chez les hommes; 71,6 ans chez les femmes). Encore une fois, on remarque pourtant des écarts considérables entre les territoires, les extrêmes se trouvant dans Argenteuil (niveau le plus bas pour les deux sexes) et Thérèse-de-Blainville (niveau le plus élevé pour les deux sexes, suivi de près par Pays-d'en-Haut).



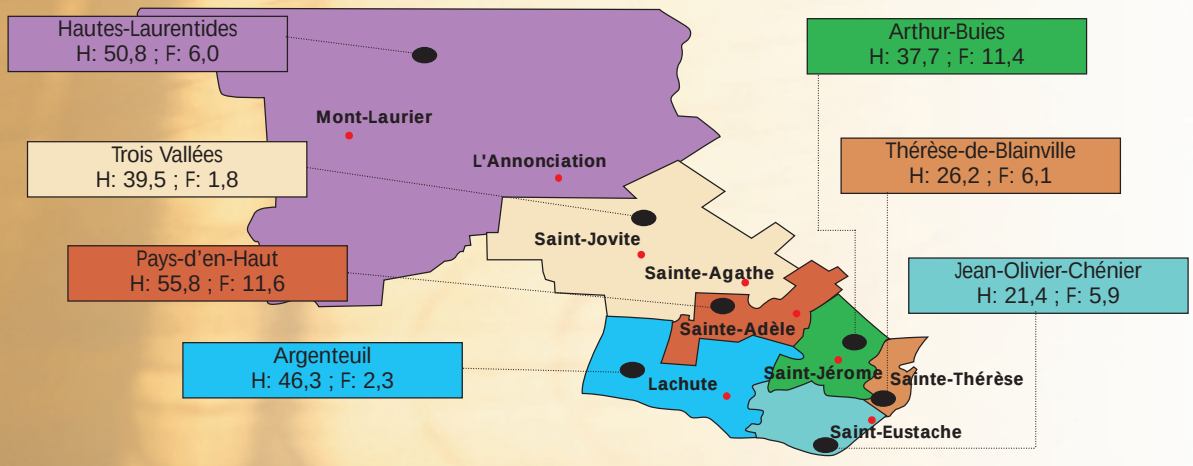
Espérance de vie à la naissance, sans incapacité, territoires de CLSC de la région des Laurentides, 1996



Source : MSSS, fichier des décès et Statistique Canada, recensement de 1996.

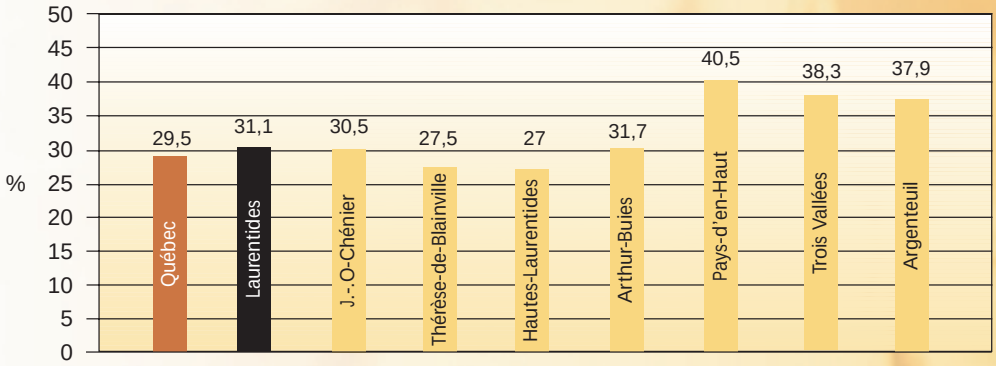
Autre donnée, même réalité : d'un territoire de CLSC à l'autre, les taux bruts de décès par suicide varient considérablement. Pour la période 1995-1997, c'est dans Pays-d'en-Haut et Hautes-Laurentides qu'on retrouve les taux les plus élevés chez les hommes (respectivement 55,8/100 000 personnes et 50,8/100 000); chez les femmes, on enregistre les taux les plus élevés dans Pays-d'en-Haut (11,6/100 000) et Arthur-Buies (11,4/100 000). À l'opposé, la situation s'avère moins problématique pour les hommes dans Jean-Olivier-Chénier (21,4/100 000) et Thérèse-de-Blainville (26,2/100 000), de même que dans Trois-Vallées (1,8/100 000) et Argenteuil (2,3/100 000) chez les femmes.

Taux bruts moyens de décès par suicide selon le sexe par 100 0000 personnes, sur trois ans (1995-1997), territoires de CLSC de la région des Laurentides



Source : RRSSS des Laurentides, *Connaître pour agir. Portrait de santé de la population*, 2001 .

Proportion de fumeurs actuels au sein de la population de 12 ans ou plus, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC



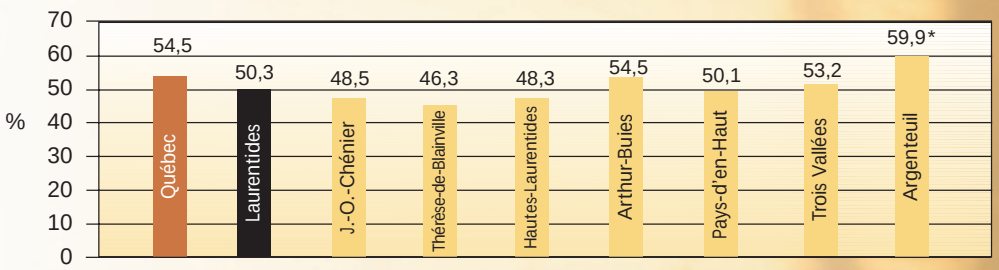
Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001.

Tabagisme, activité physique et alimentation

Les écarts observés dans les données sociosanitaires des différents territoires de CLSC apparaissent également en ce qui concerne les habitudes de vie de leurs populations respectives. Ainsi, si la région des Laurentides, globalement, présente une proportion de fumeurs actuels très légèrement supérieure à celle du Québec, on constate que cette proportion varie de plus d'une fois et demie entre les territoires où on retrouve le moins de fumeurs (Hautes-Laurentides et Thérèse-de-Blainville) et celui où on en dénombre le plus (Pays-d'en-Haut).

On remarque d'autres exemples d'écarts notables entre les territoires de CLSC lorsqu'on compare la proportion de leur population considérée comme inactive physiquement, de même que celle qui déclare consommer des fruits et légumes plus de cinq fois quotidiennement. Une conclusion s'impose : en matière de promotion de saines habitudes de vie, les besoins varient considérablement d'un territoire à l'autre.

Proportion de la population de 12 ans ou plus considérée comme inactive physiquement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001

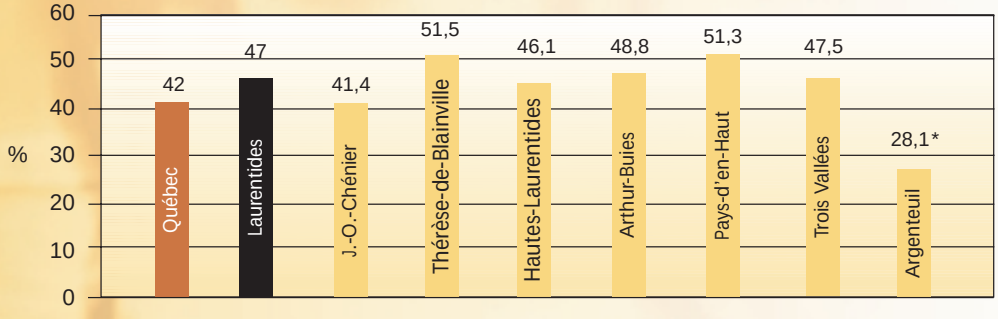


* Estimation imprécise pour cette donnée. À interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001.

Constats et défis

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme des fruits et légumes plus de 5 fois quotidiennement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001



* Estimation imprécise pour cette donnée. À interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001.

Deuxième défi

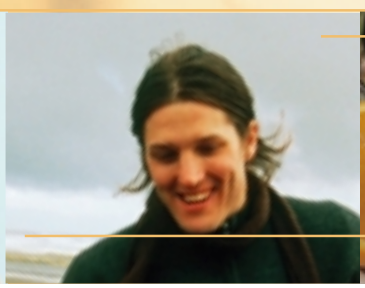
Étant donné l'impact important de l'environnement socioéconomique sur la santé des populations, les écarts à l'intérieur même de notre région apparaissent suffisamment troublants pour que nous mettions en place des actions visant à corriger les iniquités sociales de la santé. Comment y parvenir? Nous devons :

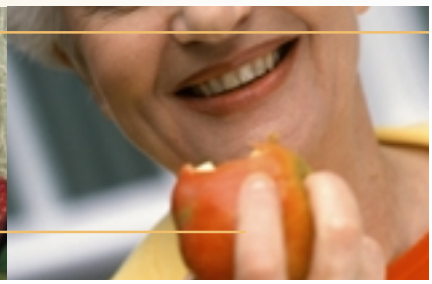
Augmenter de façon appréciable les services aux groupes plus vulnérables*,**.

Plus précisément, il nous faut adapter notre offre de services préventifs en fonction des groupes les plus vulnérables. Dans cette perspective, tant en termes de financement que d'interventions en santé publique, la Direction de santé publique entend non seulement cibler les groupes plus vulnérables, mais aussi jouer un rôle conseil auprès des autres directions de la Régie régionale, en vue d'atteindre un meilleur équilibre entre les budgets consentis aux mesures universelles (s'adressant à tout le monde) et ceux consacrés aux mesures ciblées (visant des personnes plus vulnérables).

*** Le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les groupes vulnérables de la façon suivante : « Des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé. »**

**** La littérature révèle que les personnes ou groupes prédisposés à des problèmes de santé physique, psychique, de développement ou d'adaptation sociale sont considérés comme vulnérables. Un problème de santé apparaît quand une personne ou un groupe possèdent des prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales susceptibles de les rendre vulnérables à la maladie.**



3.3 Troisième constat : Des rôles et des fonctions à préciser pour maximiser les résultats

Comme on l'a vu précédemment, la région des Laurentides dispose d'un réseau de ressources relativement pauvre pour la santé publique, comparativement à l'ensemble du Québec, ce qui restreint sévèrement notre capacité d'agir. Pour remédier à ce problème, nous devons nécessairement nous tourner vers la prévention, un virage qui devra se traduire à la fois par de nouveaux investissements et par une modification de nos façons de travailler.

Déjà, le partage des rôles et des responsabilités entre la DRSP et les CLSC a évolué au cours des dernières années. Avec le temps, ces derniers ont joué un rôle de plus en plus important, avec l'ajout de ressources humaines et financières qui ont accompagné le développement de programmes et d'activités, notamment en « développement, adaptation et intégration sociale ».

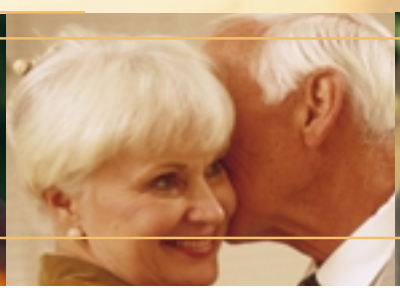
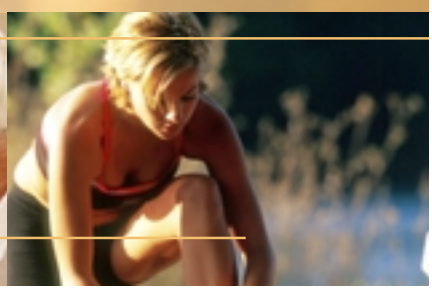
Toutefois, le portrait des ressources en santé publique, réalisé à la demande du MSSS en 2002, a mis en évidence des écarts marqués entre les CLSC en ce qui a trait aux ressources dédiées aux activités ciblées par le PNSP. Si ces écarts per capita s'expliquent en partie par le mode de financement des programmes, ils n'en révèlent pas moins le besoin d'une planification mieux harmonisée entre la DRSP et les CLSC. L'élaboration du Plan d'action régional constitue une excellente occasion de mieux arrimer les priorités régionales et locales, tant en matière d'organisation des activités que sur le plan de la répartition des ressources.

Per capita en santé publique (hormis la santé en milieu de travail). CLSC des Laurentides. 2001-2002

Territoire	$ Per capita	Per capita pondéré	% du budget de santé publique par rapport au budget global	ETC / 10 000 h.
Jean-Olivier-Chénier	37,16 $	42,23 $	39,2 %	5,50
Thérèse-de-Blainville	16,37 $	21,11 $	19,9 %	2,36
Arthur-Buies	19,43 $	18,20 $	17,9 %	2,96
Hautes-Laurentides	39,72 $	35,30 $	25,8 %	4,25
Pays-d'en-Haut	21,59 $	20,22 $	18,5 %	2,91
Trois Vallées	24,83 $	19,55 $	18,1 %	2,57
Argenteuil	43,35 $	34,75 $	29,1 %	3,81
TOTAL LAURENTIDES	25,79 $	———	24,1 %	3,43

Source : DRSP des Laurentides. Note sur le suivi au portrait des ressources en santé publique
Que ressort-il du portrait et de la validation des données avec les CLSC? Document de travail. Novembre 2002.



Constats et défis

Les CLSC, pivots du virage préventif

L'expérience des dernières années a démontré la nécessité de resserrer les liens entre la planification et l'intervention, entre l'organisation des services de santé publique et celle des services curatifs. La Loi sur la protection de la santé publique et le PNSP établissent clairement le partage des responsabilités et la nécessité d'une étroite collaboration entre les paliers régional (DRSP) et local (CLSC).

Pour favoriser le virage préventif, il convient de laisser chaque intervenant jouer le rôle qui lui incombe dans le réseau de santé. Fort de la proximité avec son milieu, de sa connaissance des problèmes particuliers de son territoire ainsi que des solutions à privilégier, et grâce à ses liens avec de multiples partenaires, le CLSC s'affirme comme un acteur de choix en première ligne du virage préventif.

De son côté, la DRSP doit non seulement se mettre à l'écoute des besoins, mais aussi recentrer sa mission sur son rôle conseil et de soutien aux intervenants de première ligne, ainsi que ses fonctions de spécialiste pour des problématiques spécifiques, confirmant ainsi sa vocation d'expert de deuxième ligne. Plus précisément, la DRSP doit :

- Être à l'écoute de ses partenaires, s'adapter à leurs particularités locales et répondre à leurs besoins;
- Répondre avec plus de diligence et d'efficacité aux demandes du terrain;
- Augmenter son rôle de soutien dans la mise en œuvre de nouveaux projets locaux;
- Contribuer, par des formations et des outils appropriés, à développer les compétences des acteurs locaux et régionaux;
- Augmenter sa capacité de produire des données utiles à la planification et à l'action;
- Jouer son rôle de spécialiste dans certaines situations.

En outre, le succès du virage préventif passe également par un suivi de l'efficacité (« *bench-marking* ») des mesures mises en place. Dans cet esprit, le Portrait de santé de la région des Laurentides (2001) et, surtout, les données portant sur chacun des territoires de CLSC s'avèrent maintenant des outils essentiels dans la planification et l'organisation des services. En particulier, les écarts observés par rapport à l'ensemble du Québec, entre les territoires de CLSC et à l'intérieur d'un même territoire, fournissent de précieux indices quant aux choix à privilégier. Plus que jamais, il convient de recentrer nos ressources sur des priorités d'intervention et sur des actions jugées efficaces du PNSP.

Troisième défi

Dans un contexte de pénurie de ressources, il devient urgent de doter notre région d'une organisation efficace en matière de services préventifs. Pour éviter les dédoublements et maximiser les résultats, il importe de connaître les attentes de chacun tout en déterminant avec le plus de précision possible les rôles et les fonctions qui incombent à chaque intervenant. En d'autres mots, il nous faut :

Recentrer nos rôles et nos fonctions :
la DRSP, architecte de la prévention,
les CLSC, maîtres d'oeuvre de l'intervention.

Concrètement, dans chaque territoire local des Laurentides, le CLSC doit s'affirmer comme l'acteur privilégié de la première ligne, assumant ainsi le leadership quant à la mise en œuvre d'actions de santé publique. D'ailleurs, lorsque des allocations financières seront versées pour notre région, nous nous engageons à ce que la très grande majorité soit transférée aux CLSC, ce qui leur permettra d'intégrer des actions préventives aux soins de santé et aux services à la communauté qu'ils dispensent. Bien sûr, ils seront appuyés par une offre de soutien substantielle, adaptée à leurs besoins, de la part de la Direction régionale de santé publique.

De son côté, la DRSP consolidera son intervention en deuxième ligne, en mettant ses équipes au service des CLSC, principalement, mais également à celui des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques médicales et des autres professionnels de la santé. En fait, la DRSP s'engage à utiliser ses ressources pour informer, former et outiller l'ensemble de ses partenaires.

3.4 Quatrième constat : Le lien privilégié entre un patient et son médecin : une occasion à saisir

Il existe un lien privilégié entre un patient et son médecin de famille. Ce dernier coordonne l'ensemble des traitements de base et spécialisés requis par son patient dans le système de santé. Mais au-delà de sa responsabilité traditionnelle d'offrir des services aux personnes malades, le médecin est également convié à faire une lecture plus globale du niveau de santé de sa clientèle, afin de développer davantage des pratiques cliniques préventives individuelles ou collectives.

Par cette implication accrue, nous souhaitons voir les médecins contribuer, à titre d'acteurs centraux, à la mise en œuvre de certains programmes de santé publique visant à prévenir divers problèmes sociaux et maladies, ou du moins à en réduire le fardeau à l'échelle populationnelle. En effet, plusieurs activités de santé publique, comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, les programmes et interventions visant à soutenir l'abandon tabagique ou les programmes de vaccination, nécessitent une collaboration étroite avec les services de première ligne.

Pour un maximum d'efficacité, de telles interventions gagnent à s'intégrer autant que possible à la pratique médicale quotidienne par le biais d'actions préventives, tout en tenant compte des barrières et des réalités distinctes des milieux de pratique (cabinets privés, CLSC, GMF, …). Pour soutenir les services de première ligne dans le counselling tabagique, par exemple, il conviendra de fournir aux médecins la formation et les outils appropriés. En parallèle, des intervenants des CLSC offriront des services de référence, donnant accès à un counselling individuel ou de groupe plus intensif, vers lesquels le médecin pourra guider ses patients.

Quatrième défi

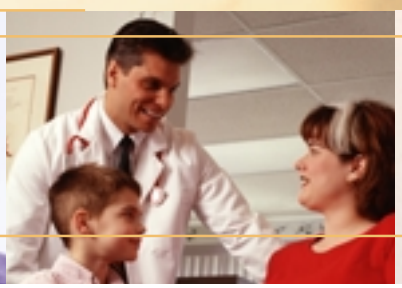
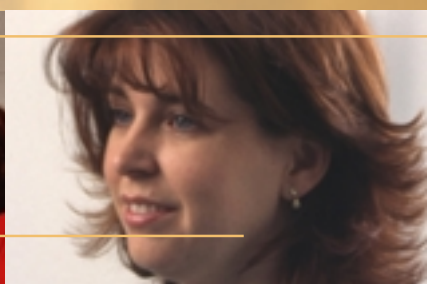
Toujours dans l'intention d'optimiser les efforts de prévention, nous désirons favoriser chez les médecins des réflexes d'actions préventives. Plus précisément, nous voulons :

Travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de « maintenir en santé ».

Grâce à l'analyse des différents groupes de la population qu'ils ont à charge, ces intervenants de première ligne sont en mesure de développer des initiatives de prévention se traduisant par des actions collectives.

En vertu de cette nouvelle mentalité, les médecins chercheront davantage à « maintenir en santé » les individus qui reçoivent leurs services sur une base régulière. En les appuyant dans cette démarche, la DRSP souhaite faire de cette approche une pratique aussi importante que celle de guérir.



3.5 Cinquième constat : La prévention, une préoccupation commune et partagée

«Les liens entre l'environnement, les habitudes de vie ainsi que la santé et le bien-être des individus ou des populations sont bien démontrés. En effet, le pouvoir d'un individu de changer ses habitudes de vie ou de maîtriser sa situation de vie au regard de sa santé et de son bien-être tient non seulement à sa volonté et à sa capacité d'agir, mais aussi aux conditions présentes dans son environnement immédiat – environnements socioéconomique, physique, social et culturel… » [4].

Ainsi, de nombreuses problématiques sociales et de santé, telles que la pauvreté, le décrochage scolaire et les problèmes liés à l'environnement physique (eau, air, sol), nécessitent une intervention multisectorielle. Seul un engagement concret de tous les intervenants concernés permettra d'enrayer ou de contrôler ces problématiques fort complexes.

La prévention bien ciblée constitue assurément l'une des armes les plus efficaces que nous puissions utiliser contre la maladie et les problèmes à caractère psychosocial. Toutefois, les intervenants régionaux et locaux en santé publique ne peuvent agir seuls. En effet, c'est dans les milieux de vie que se réalisent les actions de prévention : dans les familles, au travail, dans la rue, à l'école et dans les communautés. La prévention nécessite donc un effort concerté de la part de tous les acteurs de la communauté.

Cinquième défi

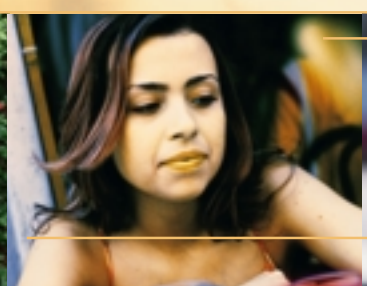
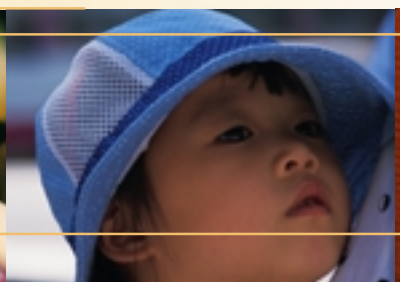
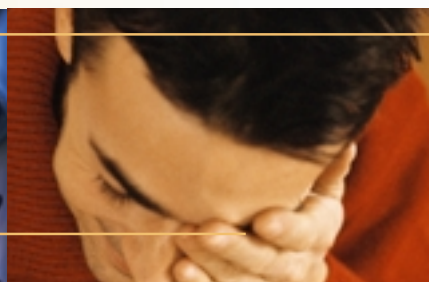
En raison de la complexité et de la multiplicité des problématiques sociales, les CLSC ne peuvent agir seuls, pas plus que la Direction régionale de santé publique. Cependant, forts de leur expertise, ces deux partenaires ont la capacité d'assumer un leadership constant auprès des autres acteurs de la communauté. En d'autres mots, les CLSC et la DRSP doivent conjointement :

Exercer une influence positive auprès des communautés qui se mobilisent.

Il s'agit en quelque sorte de favoriser une intervention concrète et concertée en faveur de la prévention. À cette fin, les CLSC, en partenariat avec la DRSP, chercheront à outiller les acteurs des communautés afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs des actions préventives à mettre en place dans les milieux de vie. Chacun sera ainsi amené à s'investir dans des actions qui tendent vers l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités.

Pour initier ou stimuler ce mouvement, nous devons continuer d'inciter les décideurs, qu'ils soient du secteur socioéconomique, du milieu scolaire, des centres de la petite enfance, du gouvernement provincial ou du secteur municipal, à inscrire la prévention à leur agenda.

[4] Programme national de santé publique 2003-2012, MSSS, 2003, page 70.

Constats et défis

En résumé, voici les principaux défis qui nous attendent au cours des prochaines années. Chacune des actions proposées dans le présent Plan d'action régional s'inspire de ces grands défis, qui serviront également à nous guider dans la façon de réaliser ce plan.

Les 5 défis en santé publique

Placer la prévention
en tête de nos obligations.

Augmenter de façon appréciable
les services aux groupes plus vulnérables.

Recentrer nos rôles et nos fonctions :
la DRSP, architecte de la prévention,
les CLSC, maîtres d'oeuvre de l'intervention.

Travailler avec les médecins pour accentuer
le réflexe de « maintenir en santé ».

Exercer une influence positive
auprès des communautés qui se mobilisent.

Comme on le constate, il s'agit là d'importants défis à relever pour tous les intervenants de la santé, qui devront d'ailleurs travailler en étroite collaboration pour réussir ce virage, résolument axé sur la contribution de tous à l'égard de la prévention. Mais une question demeure : comment ces grandes orientations peuvent-elles se traduire par des actions concrètes, surtout dans un contexte de ressources limitées, qu'elles soient financières ou humaines?

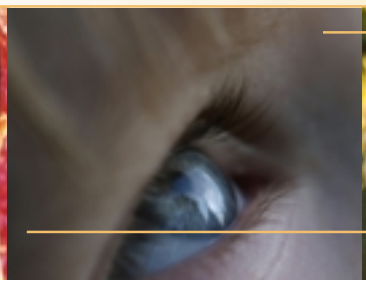
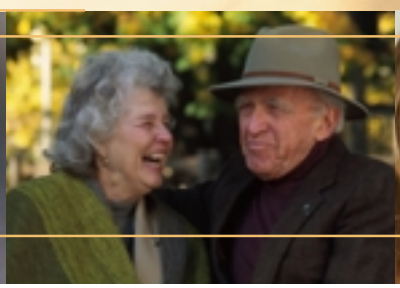
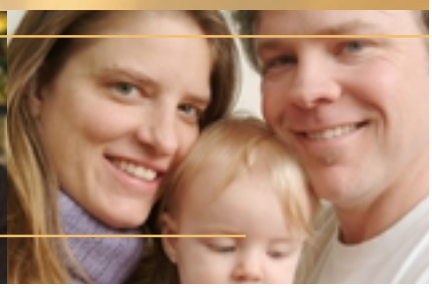
Une bonne partie de la réponse se trouve dans la section suivante, qui précise l'ensemble des activités proposées au cours des trois prochaines années, en matière de santé publique, pour la région des Laurentides. À partir de certains constats ayant fait consensus chez les intervenants concernés, nous y énumérons les objectifs santé visés d'ici 2012 [5], en spécifiant nos principales cibles d'intervention.

Il en découle un certain nombre de résultats attendus pour 2007, qui s'inspirent des attentes fixées par le Programme national de santé publique, tout en tenant compte des besoins propres à notre région. Parmi ces résultats, nous avons de plus identifié nos **« incontournables »**, c'est-à-dire les activités que nous devons obligatoirement réaliser soit parce qu'elles s'inscrivent dans le mandat légal de protection de la population qui incombe à la Direction régionale de santé publique, soit parce qu'elles sont organisées de façon prescriptive par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), devant être développées dans toutes les régions du Québec. Ces activités incontournables sont précédées de l'icône que voici : ⓘ.

Toutes nos activités sont regroupées sous sept grands domaines d'intervention, comme le prévoit le Programme national de santé publique :

1. Les habitudes de vie et les maladies chroniques;
2. Les traumatismes non intentionnels;
3. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
4. Les maladies infectieuses;
5. La santé environnementale;
6. La santé au travail;
7. Les activités de surveillance, de recherche et d'évaluation.

[5] Les objectifs santé découlent du Programme national de santé publique (PNSP).

4. Activités proposées

4.1 Habitudes de vie et maladies chroniques

Les saines habitudes de vie chez les enfants et les adolescents

Tout ce qui concerne les habitudes de vie chez les enfants et les adolescents a été intégré à la section concernant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes

Constat

En ce qui a trait aux quatre facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, alimentation, obésité) en grande partie responsables des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cancers et diabète), la situation qui prévaut dans les Laurentides s'apparente à celle du reste de la province. Par contre, on observe, dans certains territoires de CLSC, une prévalence nettement plus élevée de tabagisme, de sédentarité, d'obésité et de consommation non optimale de fruits et légumes.

Qu'il s'agisse de l'incidence de ces maladies ou de la mortalité (taux de mortalité ajusté) attribuables aux quatre maladies chroniques d'intérêt, la région se distingue par :

- Une incidence significativement supérieure des cancers du poumon et de la prostate;
- Une prévalence accrue de diabète dans certains territoires de CLSC (Argenteuil, Jean-Olivier-Chénier et Arthur-Buies);
- Une surmortalité significative pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète.

Actuellement, dans les Laurentides, les services de prévention visant à contrer ces maladies sont offerts par problématique (tabac, activité physique) plutôt que dans le cadre d'une approche globale et intégrée. Des cliniques d'abandon tabagique, offrant des services de cessation tabagique individuels et de groupe, ont été mises sur pied dans les sept CLSC de la région ainsi que dans deux centres hospitaliers.

Nous croyons essentiel de déployer des interventions globales et intégrées pour lutter contre les trois principales habitudes de vie (tabagisme, alimentation et sédentarité) responsables, en grande partie, du fardeau croissant associé aux maladies chroniques. En agissant auprès des intervenants de la santé et dans les milieux de vie, nous pourrons améliorer le profil de risque de la population des Laurentides et réduire le fardeau de ces maladies à l'échelle populationnelle (morbidité, mortalité).

Objectifs santé pour 2012

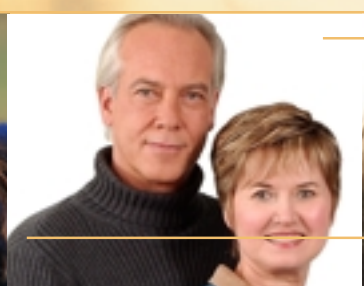
• Réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète et maladies buccodentaires);

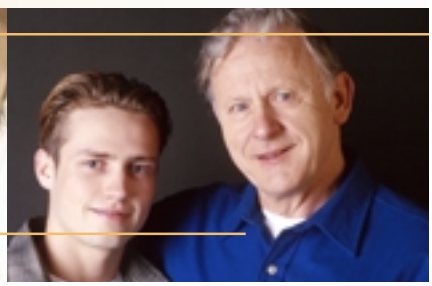
• Améliorer le profil de risque de la population adulte des Laurentides pour les principaux facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, fumée de tabac dans l'environnement, sédentarité, alimentation);

• Réduire de 31 à 28 % la proportion des adultes qui font usage du tabac;

• Augmenter de 47 à 50 % la proportion des adultes qui consomment au moins 5 fruits - légumes par jour;

• Réduire de 50 à 45 % la proportion des adultes sédentaires.



Activités proposées

Cibles d'intervention

- Adapter, implanter et évaluer un programme de prévention des maladies chroniques, élaboré à partir d'une approche globale et intégrée, ciblant les individus, les collectivités ainsi que les différents milieux de vie. Ce programme comprend trois volets :
    1. Un plan de communication pour l'ensemble du programme, y compris des campagnes promotionnelles ciblant spécifiquement l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie,
    2. Un programme visant à promouvoir la prévention et à soutenir les intervenants de première ligne dans la prestation des pratiques cliniques préventives éprouvées de counselling et de dépistage auprès de la clientèle adulte (intervenants de CLSC, médecins en cabinet, GMF, dentistes et hygiénistes dentaires),
    3. Un programme soutenant la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables en milieu de travail de même qu'auprès des milieux municipal et communautaire;
- Intensifier les services de cessation tabagique et en faire la promotion.

Résultats attendus pour 2007

- Avoir obtenu la participation de trois territoires de CLSC au programme intégré de prévention des maladies chroniques (Programme 0-5-30 Combinaison prévention);

ⓘ Avoir implanté un centre d'abandon tabagique (CAT) dans chaque territoire de CLSC et que chacun voie un minimum de 50 patients par année (en fonction de la subvention reçue) pour un counselling sur la cessation tabagique.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir la mise en œuvre du programme intégré de prévention des maladies chroniques (outils, expertise-conseil, formation, matériel promotionnel, accompagnement);
- Accompagner les intervenants sur le terrain pour la mobilisation des milieux de vie;
- Soutenir l'analyse des milieux et évaluer divers volets du programme;
- Développer et implanter des campagnes promotionnelles visant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans l'ensemble des territoires;
- Développer et implanter une stratégie de promotion des pratiques cliniques préventives auprès des médecins en cabinet et des groupes de médecine familiale;
- Coordonner régionalement les services d'aide à la cessation tabagique;
- Former les intervenants dans les CLSC par rapport au counselling bref pour la cessation tabagique.

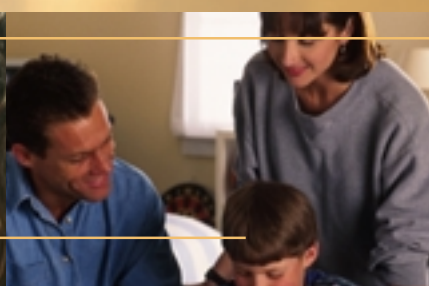
CLSC

- Promouvoir le programme intégré de prévention des maladies chroniques auprès des divers milieux de vie (travail, municipal) et contribuer à la mise en œuvre de celui-ci;
- Implanter une démarche de promotion des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des intervenants des CLSC;
- Contribuer à l'évaluation des divers volets du programme intégré de prévention des maladies chroniques;
- Dispenser les services individuels et de groupe pour l'aide à la cessation tabagique dans un CAT et en faire la promotion auprès de la population cible du territoire ainsi qu'auprès des intervenants de la santé.

MÉDECINS

- Participer à l'élaboration de la stratégie et déterminer les conditions de succès pour l'amélioration de la prestation.



Activités proposées

Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans

Constat

Le cancer du sein demeure la principale forme de cancer chez les femmes. Comme il est impossible de prévenir son apparition, notamment en raison de facteurs de risque difficilement modifiables (principalement l'âge et les antécédents familiaux), l'approche la plus susceptible de diminuer ses conséquences néfastes consiste à intervenir le plus tôt possible pour limiter l'évolution de la maladie. Plus on découvre le cancer à un stade précoce, meilleures sont les chances de guérison. Le Québec a fait du dépistage du cancer du sein une de ses priorités nationales de santé publique, instaurant à cette fin le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), qui invite toutes les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans.

Dans les Laurentides, environ 50 000 femmes sont admissibles au PQDCS, qui a débuté en mai 1999. Afin de garantir des services de la plus haute qualité, les mammographies de dépistage doivent être réalisées dans des centres de dépistage désignés (CDD). Toutefois, deux des cinq centres prévus pour la région n'ont pas encore obtenu l'agrément, ce qui les empêche d'offrir les services du PQDCS à leur clientèle. Lorsque le dépistage donne un résultat anormal, l'investigation est faite dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID) et dans certains CDD. Dans notre région, un CRID et deux CDD font des examens complémentaires. Pour atteindre ses objectifs de réduction de la mortalité par cancer du sein, le PQDCS vise la participation de 70 % des femmes de 50 à 69 ans. S'établissant en 2001-2002 à 37 % pour l'ensemble de la région, ce taux devrait augmenter lorsque les services seront disponibles sur tout le territoire et que toutes les femmes admissibles auront été invitées.

Objectif santé pour 2012

Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 %, sur une période de 10 ans, chez les femmes de 50 à 69 ans.






Activités proposées

Cibles d'intervention

- Assurer l'accessibilité au Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans tous les territoires des Laurentides;
- Promouvoir le dépistage du cancer du sein et le PQDCS auprès des femmes visées, des intervenants de la santé et de la population en général;
- Développer le volet assurance de la qualité à l'échelle régionale.

Résultats attendus pour 2007

- Faire en sorte que toutes les femmes de 50 à 69 ans des Laurentides aient accès à une mammographie de dépistage et à des services d'investigation, dans un CDD ou un CRID agréés;
- Inviter toutes les femmes admissibles à participer au programme;
- Augmenter le taux de participation au PQDCS à 70 % de la population admissible;
- Implanter le comité régional d'assurance de la qualité d'ici la fin de 2004.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Consolider les services de dépistage et d'investigation déjà en place;
- Surveiller la qualité des services offerts aux femmes à tous les paliers du programme (accueil, qualité technique, délais, soutien psychosocial, etc.);
- Identifier les mesures à mettre en place afin de diminuer les inconvénients subis par les femmes, en raison des délais d'attente entre les différentes étapes de leur cheminement dans le programme;
- Suivre les résultats et s'assurer d'une prise en charge médicale au besoin;
- Implanter et soutenir le fonctionnement d'un comité régional d'assurance de la qualité;
- Soutenir la mise en œuvre d'activités de promotion du dépistage du cancer du sein auprès des femmes visées, des intervenants de la santé et de la population en général (outils, formation, accompagnement, expertise, Table régionale des agentes d'information des CLSC);
- Mettre en place, en partenariat avec les organismes communautaires, des services de soutien aux femmes en attente d'un diagnostic;
- Évaluer annuellement les résultats régionaux selon les indicateurs retenus.

CLSC

- Implanter des activités de promotion du dépistage du cancer du sein et du PQDCS auprès de leurs collègues de travail, et auprès des femmes et des groupes communautaires de leur territoire de CLSC;
- Participer à la Table régionale des agentes d'information et de sensibilisation au dépistage du cancer du sein.

CENTRES HOSPITALIERS

- Effectuer les examens de dépistage et d'investigation, selon le mandat que leur confie le PQDCS;
- Obtenir ou maintenir (selon le cas) l'agrément et la certification en mammographie;
- Respecter les normes et exigences permettant d'assurer la qualité des services;
- Prendre les mesures nécessaires pour diminuer les inconvénients subis par les femmes en raison des délais d'attente entre les différentes étapes de leur cheminement dans le programme.

MÉDECINS

- Stimuler la participation des femmes ciblées au Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Procéder annuellement à un examen clinique des seins et s'assurer qu'une mammographie de dépistage soit faite dans un CDD tous les deux ans;
- Assurer le suivi auprès des femmes ayant un résultat de dépistage anormal;
- Référer, au besoin, les femmes à un centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou à un centre de dépistage désigné (CDD) qui effectue des examens complémentaires.

4.2 Traumatismes non intentionnels

Constat

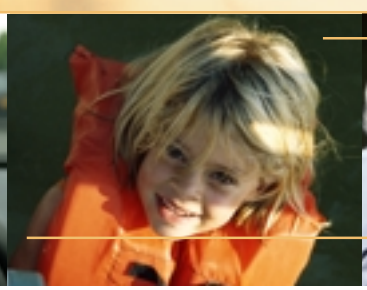
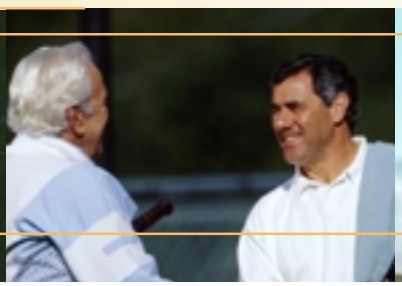
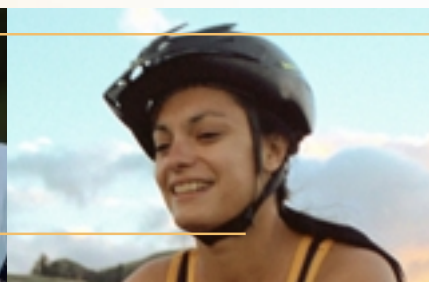
Malgré les efforts importants mis de l'avant par le réseau national de santé publique et ses partenaires pour prévenir les traumatismes non intentionnels (blessures et empoisonnements), ceux-ci demeurent une cause importante de décès, surtout chez les enfants et les adultes de moins de 30 ans. Ces traumatismes occasionnent également des restrictions d'activités, de nombreuses consultations auprès de professionnels de la santé et une forte consommation de services dans les établissements de soins de courte durée. C'est pourquoi le réseau de la santé doit continuer à se préoccuper de la prévention des traumatismes. Parmi les traumatismes évitables, ceux reliés au transport routier sont particulièrement dévastateurs chez les jeunes. En effet, au cours de la période 1995-1999, les blessures liées à la route arrivent en première place, au Québec, chez les 0-14 ans, avec 56 décès (soit 53 % de tous les décès de ce groupe d'âge).

Bien que les jeunes soient souvent victimes de la route en tant que piétons et cyclistes, c'est en tant que passagers d'un véhicule moteur qu'ils sont le plus touchés. À ce titre, le taux global d'utilisation correcte des sièges d'auto chez les enfants, au Québec, n'était que de 40 % en 2000.

Les traumatismes liés à la route feront l'objet d'interventions particulières dans notre région. Nous comptons également profiter des interventions effectuées auprès des familles défavorisées, dans le cadre du programme Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS) et du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) pour informer et outiller les intervenants des CLSC afin de prévenir les blessures à domicile.

Objectifs santé pour 2012

- **Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier;**
- **Réduire les blessures à domicile, principalement auprès des familles défavorisées.**

Activités proposées

Cibles d'intervention

- Déployer auprès des usagers de la route, sur l'ensemble du territoire, des activités de promotion des dispositifs de sécurité;
- Offrir des outils et de la formation en prévention des blessures à domicile.

Résultats attendus pour 2007

- Mettre en place des cliniques de vérification des sièges de retenue pour enfants dans les territoires de CLSC;
- Constituer et distribuer une trousse de prévention des blessures chez les tout-petits à domicile pour les intervenants de première ligne oeuvrant auprès des familles défavorisées;
- Offrir des sessions de formation aux intervenants de première ligne sur la prévention des blessures.

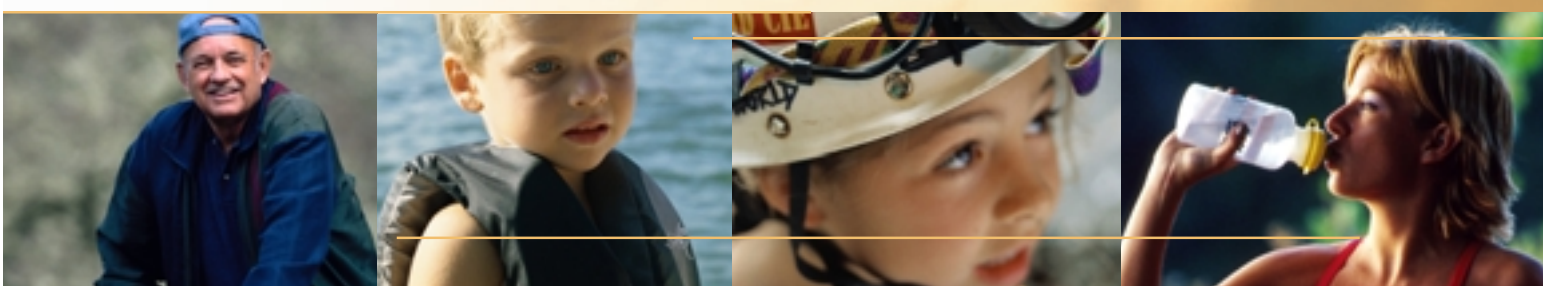
Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les intervenants de première ligne dans l'organisation des cliniques de vérification des sièges de retenue pour enfants dans les territoires de CLSC;
- Former et outiller les intervenants de première ligne (en CLSC) sur les mesures et les dispositifs de sécurité routière (casques à vélo, ceinture de sécurité, appui-tête, etc.);
- Constituer et fournir aux intervenants de CLSC la trousse de prévention des blessures pour les tout-petits de familles défavorisées.

CLSC

- Organiser des cliniques de vérification de sièges de retenue pour enfants;
- Intégrer les notions de sécurité dans le cadre des activités régulières des intervenants auprès des familles (rencontres prénatales ou postnatales, cliniques de vaccination, visites à domicile, etc.) et des infirmières scolaires;
- Assurer la distribution des trousses de prévention des blessures pour les tout-petits dans les familles défavorisées.



4.3 Développement, adaptation et intégration sociale

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : périnatalité et petite enfance

Constat

Les caractéristiques et circonstances de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance ont une influence primordiale sur les capacités de l'enfant et du futur adulte à se développer, à s'adapter à son environnement et à s'intégrer dans la société.

Plus spécifiquement, l'allaitement maternel est bien reconnu comme facteur de protection contre les infections et pour ses effets bénéfiques sur le développement tant physique que social de l'enfant. En ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux Régies régionales d'assurer le leadership dans la mise en place de l'initiative *Amis des bébés* lancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans les Laurentides, les projections indiquent que le nombre de nouveau-nés dépassera 5 000 par an en 2004[6]. Le taux d'allaitement à la naissance est de 72 % en 2002[7],alors que l'objectif québécois est de 85 % en 2007. Le Centre hospitalier de Saint-Eustache et le CLSC d'Argenteuil ont entamé le processus d'accréditation *Amis des bébés.*

Les statistiques les plus récentes montrent que la région, comme la province, est non seulement loin des objectifs fixés par la Politique de périnatalité du Québec de 1993, mais qu'on observe même un recul. Entre autres, le taux de grossesse chez les adolescentes de 17 ans et moins a atteint 19,1 pour 1000 pendant la période 1996-1998[9]. Pour la période 1994-1998, le taux de prématurité a augmenté à 7,5 %, étant légèrement supérieur au taux provincial de 7,2 %[10], alors que l'objectif était de 5 %. D'autres taux ont diminué, mais pas suffisamment : le taux de nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 g est de 6 %, égal à celui de la province[11], mais sous l'objectif fixé à 4 %*. Enfin, on peut se réjouir d'un taux de mortalité infantile tombé à 5 pour 1000 (5,3 pour l'ensemble du Québec)[12].

La littérature scientifique rapporte un développement plus difficile quand l'enfant naît prématurément, avec une malformation, un retard de croissance in utero ou une pathologie de la naissance. Ces problèmes se retrouvent plus fréquemment chez les enfants de mères adolescentes et ceux dont la mère a moins de 11 années de scolarité. Depuis 1999, les sept CLSC des Laurentides offrent le programme *Naître égaux-Grandir en santé* (NÉGS). Les dernières statistiques disponibles indiquent qu'en 1999, 530 nouveau-nés avaient une mère âgée de 20 ans et plus dont la scolarité était inférieure à 11 années, correspondant à la clientèle actuellement ciblée par ce programme. Depuis janvier 2003, les 7 CLSC ont également déployé le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), qui vise les femmes enceintes de moins de 20 ans et leur famille; elles étaient au nombre de 226 en 1997-1998.

Le financement actuel pour ces deux programmes ne permet pas de dispenser des activités de stimulation précoce aux enfants de milieux vulnérables. Quant aux autres, seulement 16 % de tous les enfants de moins de cinq ans pouvaient espérer trouver une place en service de garde dans la région[13] en 1999.

* À noter que les anomalies congénitales sont moins prévalentes dans les Laurentides que dans la province pour la période 1989-1997[15].

[6] Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 1996.
[7] Statistiques fournies par la DRAMH des Laurentides.
[8] INSPQ, Le Portrait de santé. Le Québec et ses régions, page 225.
[9] id, page 221.
[10] id, page 219.
[11] id, page 134.
[12] id, page 333.
[13] id, page 269.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

- **Réduire le taux de prématurité (7,5 % pour 1994-1998);**

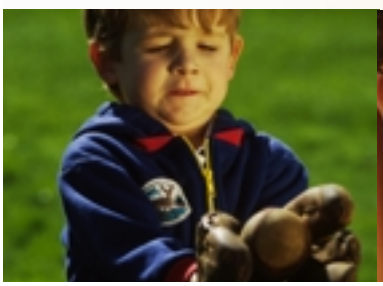
- **Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (actuellement à 6 %);**

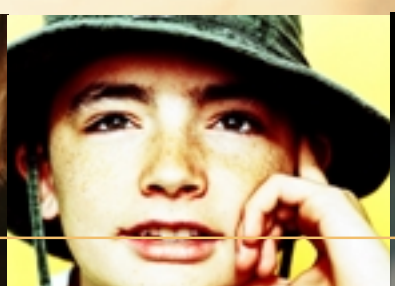
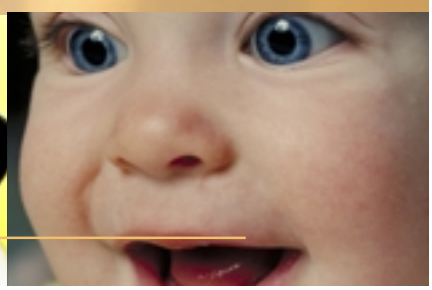
- **Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal;**

- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;**

- **Réduire les infections respiratoires, gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;**

- **Augmenter le nombre d'enfants qui naissent sans anomalies congénitales graves ou autres problèmes de santé comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale, le syndrome de la rubéole congénitale, la phénylcétonurie ou l'hypothyroïdie congénitale.**



Activités proposées

Cibles d'intervention

- Soutenir le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS)* et le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) dans les sept territoires de CLSC;
- Déployer un programme de soutien éducatif précoce pour les enfants du préscolaire dans les territoires de CLSC;
- Consolider des services de soutien à l'allaitement (cliniques d'allaitement et du nourrisson);
- Développer une stratégie de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives auprès des médecins de première ligne travaillant en périnatalité et petite enfance.

Résultats attendus pour 2007

- Avoir rejoint 50 % de la clientèle visée par le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS)*;
- Avoir rejoint 100 % de la clientèle visée par le *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)*;
- Développer, dans tous les territoires de CLSC, les programmes de stimulation précoce;
- Sensibiliser les médecins en recherche de cas et counselling au regard de la violence conjugale et de la consommation d'alcool ou de drogues auprès des femmes enceintes dans le cadre de pratiques cliniques préventives;
- Implanter le réseau *Amis des bébés* dans un établissement d'accouchement et un territoire de CLSC pour la première année et, d'ici 2007, dans un nouveau CH et deux territoires de CLSC;
- Offrir des sessions de formation aux intervenants de première ligne sur la prévention des blessures auprès des tout-petits de familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC dans le déploiement de NÉGS et du PSJP (formation, outils, reddition de comptes);
- Déployer un programme de soutien éducatif précoce pour les enfants du préscolaire dans les 7 territoires de CLSC;
- Organiser la formation concernant l'initiative *Amis des bébés,* et assurer sa mise en place;
- Soutenir le développement régional de Nourri-Source;
- Constituer et fournir aux intervenants de CLSC la trousse de prévention des blessures pour les tout-petits de familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels).

CLSC

- Implanter les programmes NÉGS et PSJP sur leur territoire, dont les volets communautaire et intersectoriel;
- Assurer la cueillette de données auprès des organismes communautaires ainsi qu'à l'interne et les suivis budgétaires en vue de la reddition de comptes;
- Intégrer la distribution de la trousse de prévention des traumatismes dans les visites à domicile prévues dans les programmes NÉGS et PSJP;
- Promouvoir l'allaitement et assurer la formation continue des intervenants de première ligne (dans le contexte de l'initiative *Amis des bébés*);
- Intégrer les notions de sécurité dans le cadre des activités régulières des intervenants auprès des familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels);
- Développer des ententes avec des organismes communautaires locaux pour la prestation de certains services complémentaires dans le cadre des programmes NÉGS et PSJP;
- Déployer auprès de la clientèle visée le programme de stimulation précoce;
- Travailler en collaboration avec les centres de la petite enfance dans le cadre des activités reliées au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des 0 à 5 ans.

CH

- Promouvoir l'allaitement et assurer la formation continue des intervenants de première ligne (dans le contexte de l'initiative *Amis des bébés*);
- Vérifier à ce que toutes les femmes soient immunisées contre la rubéole après leur premier accouchement (comme prévu à la section concernant les maladies infectieuses).

MÉDECINS

- Référer aux CLSC les femmes enceintes admissibles aux services des programmes NÉGS et PSJP.

Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : enfants et adolescents.

Constat

L'adoption de saines habitudes de vie, de comportements respectueux, sains et sécuritaires ainsi que la prévention des divers problèmes d'adaptation et d'intégration sociale des jeunes résultent pour une bonne part d'un ensemble de déterminants personnels, familiaux et sociaux. Des conditions telles qu'une faible estime de soi, des problèmes familiaux, d'abus, de violence conjugale,familiale et sexuelle, de négligence des parents ou de consommation abusive de drogue ou d'alcool, de suicide chez un proche ou d'isolement social ont des effets néfastes sur la vie des enfants et des jeunes, et elles affectent leur développement. Elles ont également des conséquences importantes sur leurs choix en termes de santé et sur leur capacité d'adaptation et d'intégration sociale. Ces conditions peuvent engendrer l'adoption de mauvaises habitudes de vie et occasionnent des difficultés personnelles et sociales, notamment à l'école (détresse, troubles de conduite, délinquance, échec et abandon scolaire). Ces mauvaises habitudes peuvent se traduire en problèmes de santé physique ou psychologique à l'âge adulte. À cet égard, dans les Laurentides, on relève notamment que :

- Les jeunes se désengagent de la pratique de l'activité physique entre le début et la fin du secondaire[14] ;
- Seulement la moitié des jeunes de 12 à 19 ans de notre région respectent la recommandation minimale concernant la consommation quotidienne de fruits et légumes[15];
- Une bonne nouvelle : en 2002, si plus de 26,2 % des filles et 20,1 % des garçons du secondaire font encore usage du tabac, il s'agit néanmoins d'une baisse significative par rapport aux enquêtes menées en 1998 et 2000[16];
- La proportion des jeunes de 15 à 19 ans présentant un excès de poids est à la hausse, et cela principalement au sein du groupe des garçons[17];
- La carie dentaire présente une augmentation marquée entre 6 et 7 ans[18];
- Le taux de signalement reçu et retenu à la Direction de la protection de la jeunesse est respectivement de 37,8 % et de 19,6 %. Pour le Québec, ces taux sont de 32 % et de 15,7 %. Le principal motif de signalement est la négligence, qui concerne la moitié des cas signalés dans la région. Viennent ensuite les troubles de comportement avec plus du quart des motifs de signalement (27 %);
- 43,2 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans consomment des drogues, contre 39,7 % pour le Québec;
- Les taux de suicide ont augmenté régulièrement chez les hommes de 15-24 ans depuis 1989, et les décès par suicide représentent la première cause de décès chez les 15-29 ans[19].

À l'heure actuelle, les principales activités de prévention en milieu scolaire sont habituellement dispensées de manière peu intégrée, soit :

- Directement lors d'interventions des équipes régionales (tabac, Kino-Québec);
- Par des initiatives des infirmières scolaires (qui disposent de ressources limitées et qui sont souvent affectées à d'autres tâches);
- Par les intervenants psychosociaux des CLSC en milieu scolaire, lorsqu'ils sont disponibles;
- Par des initiatives d'organismes communautaires offrant leurs services aux milieux scolaires (exemple : prévention des toxicomanies et des agressions à caractère sexuel).

De plus, sur le plan de la promotion d'une saine alimentation, aucune intervention ciblant les jeunes en milieu scolaire n'a été développée dans notre région.

Tenant compte de ces constats, nous visons à développer et à mettre en œuvre une offre de services globale et intégrée en prévention et en promotion auprès des jeunes afin d'atteindre neuf objectifs santé.

[14] Kino-Québec, 2000, L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS, Gouvernement du Québec.
[15] Statistique Canada, 2000-2001, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001.
[16] Institut de la statistique du Québec, 2002. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire.
[17] Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé de 1987, 1992-1993 et 1998.
[18] Brodeur, Jean-Marc et al., 2001, Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et 7-8 ans.
[19] Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique, Portrait de santé de la population et ministère de la Santé et des Services sociaux, Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie, 1998.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

- **Améliorer l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires**
  (non-usage du tabac, pratique de l'activité physique, saine alimentation, hygiène buccodentaire);
- **Développer les compétences sociales des jeunes;**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;**
- **Réduire de 40 % le nombre de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;**
- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agressions à caractère sexuel et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;**
- **Augmenter la proportion des enfants et adolescents en bonne santé mentale;**
- **Réduire les troubles de conduite, y compris la violence conjugale, familiale et sexuelle envers les autres et la délinquance;**
- **Réduire les problèmes relatifs à la consommation d'alcool et de drogues;**
- **Réduire le nombre de tentatives suicidaires et le nombre de suicides.**

Activités proposées

Cibles d'intervention

Pour atteindre ces objectifs santé, nous privilégions deux secteurs et huit cibles d'intervention :

Dans le milieu scolaire

1. Développer et déployer auprès des CLSC un outil de planification des interventions de santé publique en milieu scolaire qui couvre les domaines suivants :
   - Saines habitudes de vie (tabagisme, activité physique et habitudes alimentaires, santé buccodentaire),
   - Comportements sécuritaires (prévention des accidents et blessures, consommation d'alcool et de drogues, comportements sexuels sécuritaires),
   - Habiletés personnelles et sociales et prévention des problèmes d'adaptation sociale (violence conjugale, familiale et sexuelle, agressions sexuelles, taxage, prévention du suicide, des toxicomanies et des problèmes relatifs au jeu pathologique),
   - Maladies infectieuses (prévention des infections transmises sexuellement et par le sang, maladies évitables par la vaccination),
   - Soutien au développement des habiletés parentales (incluant le volet implication des pères et soutien aux mères en situation de vulnérabilité);
2. Coordonner, avec le ministère de l'Éducation du Québec, région Laval-Laurentides-Lanaudière, la mise en œuvre de l'entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation;
3. Soutenir le déploiement « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »[20] selon les paramètres développés dans le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires dans tous les territoires de la région;
4. Contribuer à la révision de la Politique québécoise en matière de nutrition et aux orientations en matière d'alimentation en milieu scolaire;
5. Promouvoir la création d'environnements favorables de même que de contextes sécuritaires et accessibles favorisant la pratique de l'activité physique prioritairement en milieu défavorisé (Québec en forme);
6. Mettre en place les activités visant à maintenir ou à améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène bucco-dentaire chez les jeunes de moins de 18 ans.

Dans la collectivité

7. Soutenir les CLSC pour la consolidation des concertations intersectorielles à l'égard du développement des jeunes, particulièrement ceux ayant des difficultés d'adaptation, dans leurs divers milieux de vie (famille, école, quartier, village);
8. Soutenir les CLSC pour le développement de leur offre globale de services de promotion et de prévention intégrant les services consultatifs jeunesse, la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, et le développement des habiletés parentales.

Résultats attendus pour 2007

Dans le milieu scolaire

- Pour l'atteinte de la cible 1 : implantation dans tous les territoires de CLSC de l'outil de planification POP Santé, misant sur les programmes prouvés efficaces ou prometteurs;
- Pour l'atteinte de la cible 2 : mise en œuvre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS;
- Pour l'atteinte de la cible 3 : soutien à l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Pour l'atteinte de la cible 4 : portrait régional des politiques nutritionnelles en milieu scolaire;
- Pour l'atteinte de la cible 5 : concertation avec la Fondation Chagnon pour une intégration des projets «*Québec en forme*» dans les planifications de santé publique de la DRSP et des CLSC;
- Pour l'atteinte de la cible 6 : suivi préventif individualisé auprès de 90 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire.

Dans la collectivité

- Pour l'atteinte de la cible 7 :
  - Soutien à l'action intersectorielle jeunesse,
  - Développement et implantation d'un plan de communication intégré pour la promotion de saines habitudes de vie et de comportements respectueux, sains et sécuritaires auprès des jeunes;
- Pour l'atteinte de la cible 8 :
  - Soutien à la consolidation des services consultatifs jeunesse des CLSC,
  - Élaboration d'une offre régionale de services pour la prévention du suicide,
  - Élaboration d'une offre régionale de services pour le développement des habiletés parentales,
  - Soutien au développement de projet-pilote d'intervention concertée pour les enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle.

[20] Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes est une production conjointe du MEQ, du MSSS et de l'INSPQ qui sera présenté aux JASP 2003, puis proposé par le MEQ à toutes les écoles du Québec au début de l'année 2004. Ce guide présente une nouvelle manière d'intervenir auprès des jeunes (et de leurs familles), tant à l'école que dans la collectivité, afin de favoriser leur développement optimal (au plan personnel et social).

Activités proposées

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Développer et consolider les expertises à l'égard des programmes et mesures efficaces de promotion de saines habitudes de vie, du développement des compétences des jeunes et de la réduction des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale;
- Soutenir le déploiement et l'utilisation de l'outil de planification intégrée en milieu scolaire POP Santé;
- Soutenir la mise en œuvre des programmes privilégiés par les CLSC (outil, expertise-conseil, formation, matériel promotionnel, accompagnement);
- Soutenir la définition d'une offre de services pour la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, le développement des habiletés parentales;
- Implanter, au niveau régional, des activités :
  - Axées sur le développement de saines habitudes de vie chez les 0-4 ans,
  - Visant à consolider les interventions en milieu scolaire auprès des enfants à risque élevé de carie dentaire,
  - Visant à introduire les agents de scellement dentaire comme mesure de prévention de la carie dentaire chez les enfants de 5 à 15 ans;
- Réaliser le portrait régional des politiques nutritionnelles en milieu scolaire;
- Coordonner régionalement, en collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec, région Laval-Laurentides-Lanaudière, la mise en œuvre de l'entente MEQ-MSSS;
- Soutenir l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Mobiliser les partenaires régionaux pour la concertation des acteurs concernés par les projets « Québec en forme » qui s'implanteront dans notre région et inscrire ces projets à l'agenda des tables de concertation jeunesse;
- Développer des activités avec les organismes régionaux spécialisés à l'égard d'une problématique particulière (Florès, Centre André-Boudreau, CPS Le Faubourg).

CLSC

- Utiliser l'outil de planification intégrée POP Santé pour planifier les interventions de santé publique en milieu scolaire;
- Contribuer à l'évaluation des divers volets de l'outil de planification intégrée;
- Consolider les services consultatifs et cliniques dispensés dans les milieux de vie des jeunes (famille, école, maisons des jeunes, etc.) ou à proximité de ceux-ci;
- Implanter localement les services dentaires préventifs;
- Intégrer dans le plan d'action local (PAL) l'offre de service pour la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, le développement des habiletés parentales;
- Assumer, dans leur territoire, le leadership des concertations intersectorielles jeunesse (scolaire, santé et services sociaux, communautaire, municipal, socioéconomique) à l'égard de l'harmonisation et de la complémentarité des interventions dans les divers milieux de vie des jeunes;
- Partager avec la commission scolaire de leur territoire, et en concertation avec les autres partenaires, la responsabilité d'animer et de coordonner les travaux relevant de l'entente MEQ-MSSS;
- Participer sur leur territoire à l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Dans les milieux où s'implanteront les projets « *Québec en Forme* », participer localement à la planification de ces projets pour assurer une intégration avec les activités faites par les CLSC en milieu scolaire et éventuellement pour l'introduire à l'agenda des tables de concertation jeunesse;
- Développer des ententes avec des organismes communautaires locaux pour la prestation de services complémentaires.

Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : adultes

Constat

L'inquiétude suscitée par la prévalence de différentes problématiques psychosociales qui touchent autant la santé mentale que physique, que ce soit les dépendances telles que l'abus d'alcool et de drogues ou le jeu pathologique, les problèmes de santé mentale et le suicide, la violence conjugale, familiale et sexuelle ou les agressions à caractère sexuel, nous invite à élaborer des stratégies de prévention et de promotion de la santé pour en diminuer l'incidence et les effets sur la population.

De multiples problèmes de santé sont associés à la consommation de substances psychotropes, notamment la cirrhose, le syndrome alcoolo-fœtal, les surdoses ou les ITSS. De plus, l'alcool a été associé à 455 des accidents de la route ayant causé la mort et à 54 % des homicides involontaires. Également, soulignons que d'autres problèmes psychosociaux en découlent, puisque dans les Laurentides, depuis 1989, le taux d'infraction pour conduite avec facultés affaiblies est plus élevé que celui enregistré en moyenne au Québec, et ce malgré une tendance générale à la baisse. Il faut aussi considérer avec attention que l'alcool a été associé à 50 % des suicides. Au chapitre des dépendances, notons que le jeu pathologique est un phénomène en émergence chez les jeunes.

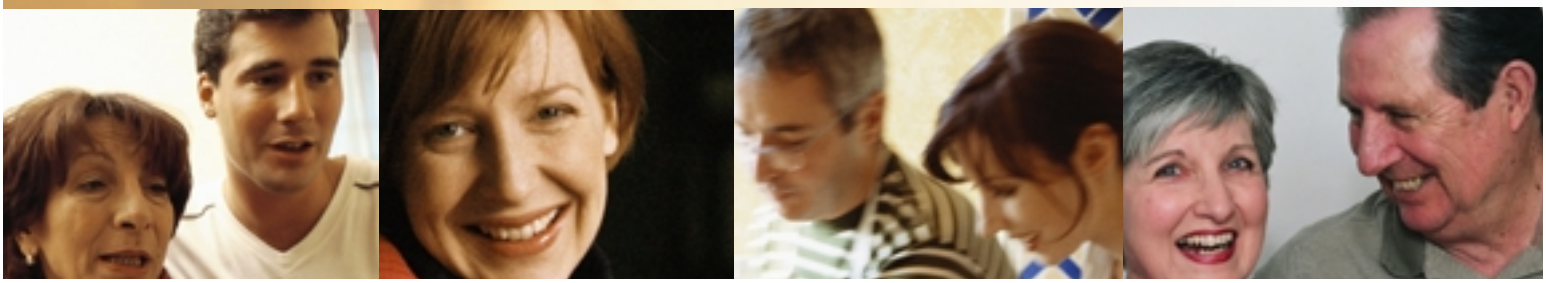
Par ailleurs, comme le mentionne l'enquête de Santé Québec de 1998, 21,3 % des personnes de la région présentent un niveau de détresse psychologique élevé, un taux encore plus fort chez les jeunes de 15 à 24 ans (30,6 %) et les femmes (24,7 %)[21]. La promotion de la santé mentale, malgré le peu de ressources actuelles, demeure d'une importance capitale, notamment en raison de la prévalence des consultations pour des troubles de santé mentale dans les établissements de la région.

Il faut aussi prendre en compte qu'au cours des dix dernières années, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec, et davantage dans la région des Laurentides, où le taux de mortalité par suicide est passé de 16,4/100 000 personnes en 1984-1986 à 19,8/100 000 personnes en 1996-1998 (au Québec : 19,2/100 000).

Enfin, l'ampleur des problématiques concernant la violence conjugale et familiale ainsi que les agressions sexuelles se révèle difficile à cerner, puisque la majorité des agressions ne sont pas déclarées. La violence conjugale, familiale et sexuelle demeure toutefois une problématique à laquelle il faut s'attarder : mentionnons que, entre 1997 et 2000, le nombre de cas de femmes victimes a augmenté de 16 % au Québec[22]. L'enquête de Statistique Canada estime que 34 % des femmes au Québec ont été victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle depuis l'âge de 16 ans[23]. Cela équivaut à plus de 82 700 femmes dans les Laurentides.

Tenant compte de ces constats, nous voulons développer et mettre en œuvre diverses activités de promotion et de prévention à l'égard des dépendances (alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique), de la santé mentale, du suicide, de la violence conjugale, familiale et sexuelle de même qu'en matière d'agression à caractère sexuel.

[21]RRSSSL, DRSP, Portrait de santé de la population des Laurentides, 2001.
[22]MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012.
[23]MSSS, Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, 2001.



Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

• Réduire les problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, ainsi qu'aux autres formes de dépendance;

• Augmenter la proportion d'adultes en bonne santé mentale;

• Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;

• Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale, familiale et sexuelle chez les adultes.

Cibles d'intervention

Dépendances

- Développer une offre de services intégrée pour les adultes considérés à risque de développer des dépendances (alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique).

Santé mentale

- Identifier des programmes ou des activités de promotion de la santé mentale considérés comme efficaces ou prometteurs;
- Intégrer des activités de promotion et de prévention en santé mentale dans l'offre de services des CLSC, principalement sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

Suicide

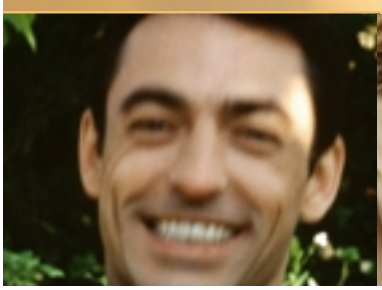
- Soutenir l'implantation du programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle » dans les sept territoires de CLSC;
- Assurer la formation auprès des médecins en prévention du suicide dans le cadre de pratiques cliniques préventives;
- Soutenir l'organisation des activités de sensibilisation visant à limiter l'accès aux armes à feu dans une perspective de prévention du suicide ou de la violence conjugale, familiale et sexuelle dans quatre territoires de CLSC.

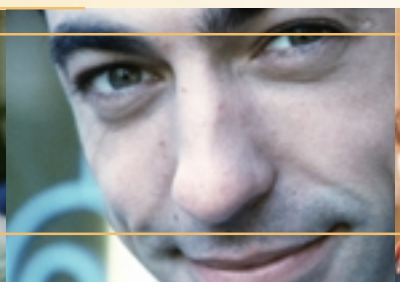
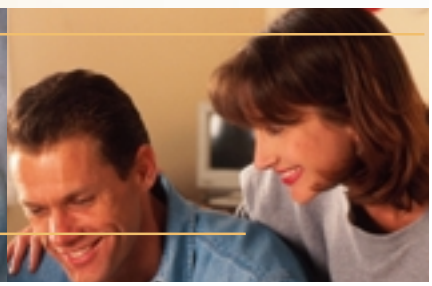
Violence et agressions à caractère sexuel

- Développer une offre de services intégrés en matière de prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle et de ses effets;
- Coordonner le comité régional sur les orientations gouvernementales en matière d'agressions à caractère sexuel;
- Élaborer un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière d'agressions sexuelles et de violence conjugale, familiale et sexuelle.

Multi-problématiques

- Soutenir les campagnes provinciales et régionales de promotion de la santé concernant les problématiques ciblées.



Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

Dépendances

- Déterminer les personnes-ressources, partenaires et mécanismes de concertation ou de collaboration à privilégier à l'égard de la mise en œuvre du plan d'action national de lutte contre la toxicomanie;
- Mettre en place des modes de référence facilitant l'accès aux ressources par territoire de CLSC;
- Soutenir les activités de formation régionales et locales.

Santé mentale

- Soutenir les activités de formation et de sensibilisation sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs;
- Identifier quels programmes ou activités de promotion de la santé mentale sont considérés comme efficaces ou prometteurs.

Suicide

- Soutenir l'implantation du programme « Réseau Sentinelle » dans les sept territoires de CLSC;
- Soutenir les activités de formation et de sensibilisation sur la prévention du suicide;
- Soutenir l'organisation d'activités visant à limiter l'accès aux armes à feu.

Violence et agressions à caractère sexuel

- Déterminer les personnes-ressources, partenaires et mécanismes de concertation ou de collaboration à privilégier et les besoins de formation et de sensibilisation;
- Tenir trois rencontres annuelles du comité régional sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle et soutenir la mise en place du sous-comité prévention/promotion;
- Soutenir les plans d'action régionaux.

Multi-problématiques

- Soutenir le déploiement d'activités lors des campagnes provinciales et régionales de sensibilisation à la prévention du suicide, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, des agressions à caractère sexuel et des dépendances.






Activités proposées

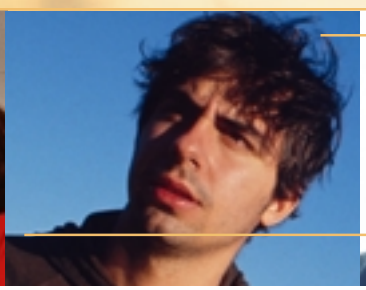
Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC dans l'élaboration des offres de services intégrés en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle et de leurs effets;
- Soutenir le déploiement d'activités de prévention, de sensibilisation et de formation en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des troubles anxieux et dépressifs;
- Identifier des programmes ou des activités de promotion de la santé mentale considérés comme efficaces ou prometteurs;
- Coordonner et animer le comité régional sur les orientations en matière d'agressions sexuelles et le sous-comité promotion/prévention;
- Élaborer avec la DROSMO et les partenaires un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle;
- Soutenir l'implantation du programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle »;
- Participer, en collaboration avec tous les intervenants concernés, aux comités régionaux et à l'élaboration de l'offre de services relative à la prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des dépendances selon leur champ d'activités respectif.

CLSC

- Inscrire dans le PAL l'élaboration des offres de services intégrés en prévention des dépendances et de la violence conjugale, familiale et sexuelle;
- Intégrer dans le PAL des activités de promotion, de prévention, de sensibilisation et de formation en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et de la santé mentale, notamment les troubles anxieux et dépressifs;
- Contribuer à l'évaluation des diverses activités de promotion et de prévention à l'égard de ces problématiques;
- Identifier une personne-ressource dans leur territoire au regard des problématiques de la prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des dépendances;
- Implanter le programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle »;
- Déléguer un représentant au comité régional sur les orientations en matière d'agressions sexuelles;
- Déléguer un représentant au sous-comité régional sur la promotion et la prévention des agressions à caractère sexuel;
- Participer à l'élaboration d'un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle.



Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : personnes âgées

Constat

Outre les maladies chroniques, principales causes d'incapacité et de dépendance chez les personnes de 65 ans ou plus, d'autres facteurs de risque, comme l'inactivité, l'isolement social, les problèmes d'abus et de négligence, la consommation inappropriée de médicaments ainsi que les chutes, risquent d'affecter l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

La forte poussée démographique que connaît la région des Laurentides depuis quelques années dépasse de beaucoup l'accroissement de l'ensemble du Québec. En effet, la croissance prévue entre 2001 et 2011 est de 11,2 % comparativement à une moyenne québécoise nettement inférieure, qui s'élève à 3,3 %[24]. Outre cette réalité, il s'avère également que la population des personnes âgées de 65 ans et plus sera aussi plus forte dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec[25]. Il s'avère donc primordial de préserver l'autonomie des personnes vieillissantes en agissant de manière préventive sur certains déterminants.

- La population québécoise ayant consommé plus de trois médicaments distincts en deux jours a plus que doublé entre 1987 et 1998, passant de 8 % à 17 %. On note un taux inférieur dans la région des Laurentides (13,5 %)[1]. Cette hausse de la prise de médicaments touche fortement les aînés, et particulièrement les femmes. Pour cette même période, la consommation de médicaments chez les 65 ans et plus est passée de 29 % à 52 %[3];
- Au chapitre des chutes, 5 % des personnes de 65 ans et plus questionnées lors de l'enquête sociale et de santé 1998 mentionnent avoir fait une chute dans les 12 mois précédant l'enquête. Les chutes représentent plus de 34 % des causes d'accidents et de blessures dans ce groupe d'âge. Au Québec, nous observons annuellement une moyenne de 500 décès (1997-1998) attribuables à une chute accidentelle chez les personnes âgées;

  Dans la région des Laurentides, le taux d'hospitalisation relié aux chutes accidentelles chez les personnes de 65 ans et plus rejoint, à quelques nuances près, celui du Québec. À noter que trois CHLSD de la région ont déjà bénéficié d'une formation partielle au regard de la prévention de chutes, combinant des notions du Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) et du programme Parachute.
- Au Québec, l'abus et la négligence à l'endroit des personnes âgées touchent environ 4 % des personnes âgées vivant seules ou en ménage, et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé (PNSP).

  Un projet de mobilisation des acteurs du milieu a été déposé en avril 2003 par l'organisme Prévoyance envers les aînés des Laurentides. Ce projet visait à contrer les cas d'abus envers les aînés par la mise en place d'un réseau de soutien. Il semble que, parmi les actions à privilégier, le soutien aux aidants naturels doive demeurer une priorité;
- Selon les recommandations du comité scientifique de Kino-Québec (mai 2002) sur les déterminants de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus, la pratique régulière d'activité physique permettrait d'améliorer la mobilité et l'autonomie de cette clientèle. En augmentant leur capacité fonctionnelle, ces personnes consomment moins de soins de santé, améliorent leur flexibilité, leur équilibre, leur confiance, etc., tout cela ayant un effet positif sur leur qualité de vie.

  À ce titre, la formation et le déploiement régional du programme Viactive et marche vont bon train, avec un réseau de près de 120 leaders bénévoles et 90 regroupements actifs dans les Laurentides.

  Il demeure que des besoins évidents se manifestent en matière de soutien de ce réseau au regard des interventions de première ligne.

Objectifs santé pour 2012

• Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
• Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées;
• Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
• Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

[24]Portrait de santé, Le Québec et ses régions, édition 2001, p. 133
[25]Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 448
[26]Portrait de santé de la population du territoire de CLSC, 2001, p. 5-19

Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : personnes âgées

Cibles d'intervention

- Soutenir et accompagner les intervenants des CLSC travaillant auprès des tables de concertation des aînés en leur fournissant de l'information, des avis, des outils et de la formation à l'égard des problématiques suivantes :
  - La consommation des médicaments psychotropes chez les aînés,
  - La prévention des chutes,
  - Les situations d'abus et de négligence chez les aînés;
- Consolider les interventions visant à favoriser la pratique de l'activité physique chez les aînés (création d'environnements sécuritaires, aménagement urbain, accessibilité aux infrastructures et soutien au réseau VIACTIVE), améliorer en outre les connaissances quant aux bienfaits de l'exercice;
- Assurer la promotion et la formation concernant la prévention des chutes dans les CHSLD et les CLSC de la région (selon les besoins).

Résultats attendus pour 2007

- Offrir des sessions de formation aux leaders-bénévoles du réseau VIACTIVE (nouvelles routines d'exercices, notions de sécurité et outils d'animation);
- Implanter des mesures multifactorielles[27] de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont fait une chute, dans l'offre de services des CLSC;
- S'assurer que les intervenants de la santé oeuvrant auprès des personnes âgées soient en mesure d'informer leur clientèle sur l'utilisation adéquate des médicaments;
- Mettre en place un réseau de soutien multisectoriel dans deux territoires de CLSC afin de déceler et de contrer les situations d'abus, de négligence ou de violence auprès des personnes âgées.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Informer toutes les tables de concertation aînés quant aux projets, aux programmes, aux outils et à l'information scientifiques concernant la clientèle de 65 ans et plus;
- Maintenir les liens de collaboration avec la Fédération de l'âge d'or du Québec des Laurentides, dans un souci de complémentarité de services (finance, réseau, chroniques « Bel âge »);
- Assurer la promotion et la formation pour le programme VIACTIVE dans la région des Laurentides;
- Former les intervenants de première ligne au regard de la prévention des chutes;
- Alimenter les intervenants de première ligne quant aux données scientifiques (outils, programmes, projets) reliées à la prévention des situations d'abus, de négligence et de violence;
- Proposer aux intervenants en CLSC des programmes et outils visant la sensibilisation à l'utilisation adéquate des médicaments.

CLSC

- Animer les tables de concertation aînés dans chacun des territoires de CLSC;
- Assurer le déploiement du programme VIACTIVE et intégrer les notions de prévention des chutes et les autres éléments de ce programme au sein de leur réseau de services;
- Améliorer les connaissances des personnes âgées à l'égard de l'utilisation sécuritaire de médicaments (gestion, conservation, danger);
- Sensibiliser les intervenants de résidence et les aidants familiaux aux problèmes d'abus, de négligence et de violence.

CENTRE HOSPITALIERS, CHSLD, CENTRES D'HÉBERGEMENT ET MÉDECINS

- Collaborer avec la DRSP et les CLSC à la structuration et à la mise en œuvre d'activités relatives à leur champ de compétence.

[27] Les mesures multifactorielles touchent l'état de santé et la capacité physique, par exemple l'équilibre et la force musculaire, mais aussi les comportements comme la consommation de médicaments, de même que l'environnement, notamment le domicile.

Activités proposées

Les inégalités sociales et de santé, et le développement des communautés

Constat

On sait que la pauvreté contribue largement à la persistance des inégalités de santé et de bien-être. Compte tenu de cet état de fait, nous désirons poursuivre notre lobby afin de susciter l'engagement des acteurs sociaux et économiques à soutenir les activités axées sur la pauvreté. À titre d'exemple, rappelons que la région des Laurentides compte une proportion légèrement moindre qu'au Québec de personnes à faible revenu. On constate cependant que la situation varie considérablement du sud au nord de la région: dans Hautes-Laurentides, la proportion de ménages à faible revenu atteint 38,3 %, plus du double de celle observée dans Thérèse-de-Blainville (17,8 %). Depuis 2001, un programme régional de sécurité alimentaire et un plan régional communautaire à l'égard de l'itinérance (IPAC) ont été implantés dans les Laurentides afin de contribuer à la mobilisation visant à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être.

De concert avec nos partenaires, nous nous impliquons dans la mise en œuvre du plan d'action de la Commission régionale sur le développement social des Laurentides, qui cherche notamment à consolider le soutien et l'accompagnement (orientations, financement, développement des compétences, outils) de projets permettant de réduire ces inégalités.

Objectifs santé pour 2012

• Soutenir et développer les compétences des personnes et des groupes ainsi que leurs activités visant à améliorer leur environnement physique, social et économique, à lutter contre la pauvreté et à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être;
• Améliorer le soutien social aux personnes et aux groupes en situation de pauvreté.

Cibles d'intervention

1. Soutenir la mobilisation des communautés et la lutte aux inégalités sociales (Sécurité alimentaire, IPAC, École et quartier en santé, travail de rue, Villes et villages en santé);
2. Influencer et accompagner les instances décisionnelles régionales (Conférence régionale des élus, Forum jeunesse, Loisirs Laurentides, etc.) pour actualiser les interventions visant le développement social et la lutte aux inégalités sociales;
3. Soutenir les projets de la communauté ciblant des problématiques émergentes ou en recrudescence dans les Laurentides.

Résultats attendus pour 2007

- Soutenir les activités qui contribuent à la participation sociale des personnes et à la mobilisation des communautés, notamment par l'entremise des projets « Villes et villages en santé »;
- Soutenir la lutte aux inégalités sociales, notamment par l'entremise des programmes confiés à la Régie régionale, tels que Sécurité alimentaire, IPAC (itinérance);
- Sensibiliser les instances décisionnelles des secteurs d'activité socioéconomique, scolaire et municipal à l'égard des activités de leur secteur ayant un impact sur la santé;
- Influencer ces instances pour qu'elles s'impliquent et soutiennent les interventions visant le développement social, la réduction des inégalités sociales et la lutte à la pauvreté;
- Soutenir les principaux projets de la communauté ciblant des problématiques émergentes ou en recrudescence dans les Laurentides, notamment le logement social et le transport.

Activités proposées

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC pour la consolidation des réseaux de soutien, particulièrement auprès des groupes les plus vulnérables;
- Soutenir les CLSC pour la promotion du réseau des « Villes et villages en santé »;
- Coordonner, en collaboration avec la DROSMO, la mise en œuvre régionale des programmes confiés à la Régie régionale (Sécurité alimentaire, IPAC);
- Maintenir son lobby et son influence auprès des différentes instances régionales à l'égard d'actions concertées sur les déterminants de la santé (conditions de vie, environnement culturel et social, scolarité, etc.);
- Tenir informés les CLSC de l'évolution de la situation régionale et soutenir leur implication locale dans les lieux de concertation intersectorielle touchant le développement social et la lutte à la pauvreté.

CLSC

- Consolider les réseaux de soutien, particulièrement auprès des groupes les plus vulnérables;
- Stimuler l'adhésion des municipalités de leur territoire au réseau des « Villes et villages en santé »;
- S'impliquer dans l'application locale des programmes IPAC et Sécurité alimentaire;
- Exercer un rôle d'influence à l'égard des actions qui contribuent au développement social et à la lutte à la pauvreté, en participant aux concertations intersectorielles à cet égard, notamment au sein des tables locales de lutte à la pauvreté et des centres locaux de développement (CLD);
- Développer des ententes avec les organismes communautaires pour la mise en œuvre et le maintien d'activités favorisant le développement social et la lutte à la pauvreté.






4.4 Maladies infectieuses

Les maladies évitables par l'immunisation

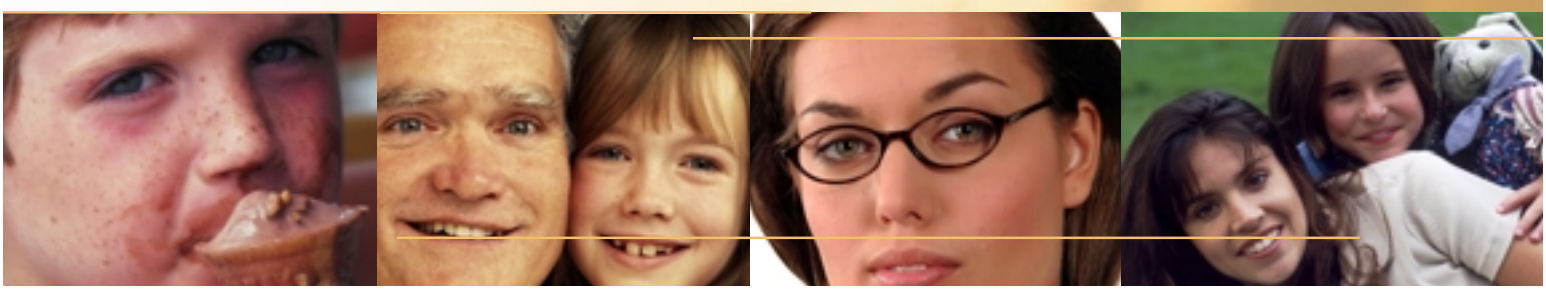
Constat

Encore aujourd'hui, la vaccination demeure une intervention de choix en santé publique lorsqu'il s'agit de contrôler ou de prévenir plusieurs maladies infectieuses connues. Par ailleurs, on a constaté récemment, au Québec comme ailleurs dans le monde, l'émergence de nouveaux problèmes dus à des agents infectieux ainsi que la recrudescence d'infections dont la propagation était jusqu'alors maîtrisée. Nous devons donc demeurer vigilants et constamment soutenir les efforts visant à augmenter la couverture vaccinale dans tous les territoires de CLSC. Actuellement, dans la région, nous rejoignons 90 % des enfants visés par les programmes d'immunisation de base.

Des systèmes permettant de garantir la qualité et l'accessibilité des produits immunisants ont également été mis en place, et il convient de les maintenir.

Objectif santé pour 2012

Maintenir au plus bas niveau possible l'incidence des maladies évitables par l'immunisation, sur l'ensemble du territoire, par un accès adéquat aux programmes de vaccination universels et sélectifs.



Activités proposées

Cibles d'intervention

- S'assurer de maintenir la meilleure couverture vaccinale possible pour la vaccination de base des jeunes enfants, y compris la vaccination contre l'hépatite B en 4e année;
- Assurer la mise en place des nouveaux programmes de vaccination chez les jeunes enfants (varicelle et pneumocoque) selon les recommandations du MSSS;
- Offrir la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B, l'influenza et le pneumocoque à tous les groupes vulnérables reconnus dans le programme d'immunisation du Québec;
- Assurer, dans tous les CLSC, la mise en place et le maintien de la qualité d'un système d'information pour surveiller la couverture vaccinale;
- Assurer la qualité de la gestion des produits immunisants;
- Soutenir les pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes.

Résultats attendus pour 2007

- Vacciner 95 % des jeunes contre certaines maladies : DCT, P, Hib, RRO, MenC;
- Vacciner 90 % des jeunes de 4e année contre l'hépatite B;
- Augmenter le nombre de sites de vaccination contre l'hépatite B en milieu de vie pour les groupes vulnérables;
- Vacciner 95 % des jeunes contre la varicelle suite à la mise en place du programme universel gratuit;
- Vacciner 95 % des jeunes à risque contre les infections envahissantes à pneumocoque;
- Vacciner contre l'influenza 90 % des personnes en milieu fermé et 60 % des personnes en milieu ouvert appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ;
- Vacciner contre le pneumocoque 90 % des personnes en milieu fermé et 60% des personnes en milieu ouvert âgées de 65 ans;
- Dépister des anticorps de la rubéole chez les femmes enceintes et vacciner les femmes séronégatives en post-partum immédiat;
- Vacciner contre la rage les personnes visées par le protocole;
- Élaborer le plan d'action régional complémentaire au plan d'action provincial en cas de pandémie d'influenza.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Organiser l'approvisionnement en vaccins;
- Conclure des ententes de services avec les vaccinateurs et contribuer à leur formation (médecins, CLSC);
- Évaluer les programmes de vaccination et surveiller l'apparition des effets secondaires (saisie de données et analyse du fichier ESPRI en collaboration avec le MSSS);
- Faire la promotion des divers programmes de vaccination auprès des partenaires et des clientèles ciblées. Soutenir leur implantation dans certains milieux de vie (organismes communautaires, unité mobile, centres de détention, écoles) et en milieu de stage;
- Réaliser la mise à jour scientifique pour les partenaires et assurer l'expertise conseil pour l'implantation et le maintien des programmes de vaccination;
- Assurer une vigie sanitaire permettant de surveiller l'incidence des maladies évitables par l'immunisation;
- Actualiser au niveau régional le plan d'urgence de pandémie d'influenza en provenance du MSSS;
- Maintenir l'expertise à jour.

CLSC

- Promouvoir les programmes auprès des personnes ciblées;
- Contribuer à la formation des intervenants;
- Administrer les vaccins au CLSC et dans les milieux de vie;
- Actualiser au niveau local le plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza.

CENTRES HOSPITALIERS

- Mettre en place un programme de vaccination contre la rubéole en post-partum immédiat;
- Mettre en place un programme annuel de vaccination contre l'influenza pour son personnel.

Activités proposées

La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Constat

Un système efficace de surveillance continu des MADO et un processus d'enquête et d'intervention pour les maladies ainsi déclarées permettent de prévenir de multiples pathologies d'origine infectieuse ou toxique, ou d'en limiter la propagation. Malgré une certaine sous-déclaration, le nombre de MADO qui nous sont rapportées dans les Laurentides croît sans cesse; l'amélioration des techniques de dépistage et l'augmentation du taux de déclaration ne suffisent pas à expliquer cette augmentation. En effet, la forte croissance démographique de la région des Laurentides contribue aussi à la progression des MADO. Dans ce contexte, il devient impératif d'assurer une vigie sanitaire appropriée et de revoir, en partenariat avec les acteurs locaux, nos modalités d'enquête, ce qui nous permettra d'en améliorer l'efficacité, de réduire les délais d'intervention et de faciliter les suivis.

À cet effet, depuis avril 2003, des équipes d'infirmières ont été constituées dans chacun des CLSC pour effectuer les enquêtes épidémiologiques pour chacun des cas déclarés pour lequel une intervention est requise (vaccination, chimioprophylaxie, conseils et information aux partenaires, etc.).

Objectif santé pour 2012

Réduire le nombre de MADO et diminuer le nombre de cas secondaires.

Cibles d'intervention

- Assurer la surveillance et le suivi des MADO, des maladies à traitement obligatoire (MATO) et des infections en émergence (bactéries multirésistantes en milieu de soins);
- Appliquer les lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions;
- Informer la population sur les moyens à prendre pour prévenir certaines MADO.

Résultats attendus pour 2007

- Réduire de 20 % le taux d'incidence des infections à E. coli O157 et des infections à Salmonella Enteritidis déclarées;
- Maintenir le taux d'incidence de la tuberculose active à moins de 3,5 pour 100 000 personnes (dans la région, 1,87 cas/100 000 en 2002);
- Optimiser la déclaration des MADO et des infections en émergence dans la région;
- Viser l'absence de cas secondaires de MADO spécialement dans les milieux de garde.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Mettre à jour les protocoles d'enquêtes épidémiologiques et assurer la formation des intervenants locaux réalisant les enquêtes;
- Assurer l'expertise-conseil auprès des intervenants locaux pour la prise de décision concernant les mesures de contrôle et de protection;
- Assurer la surveillance des MADO et la rétro-information aux partenaires;
- Assurer le lien entre le MSSS et les intervenants lors d'éclosion ou de cas problématiques;
- Développer des stratégies d'information à la population en regard de certaines MADO;
- Mettre en place des mécanismes de surveillance des infections en émergence;
- Offrir un support professionnel et animer de la concertation régionale pour la prévention des éclosions de bactéries multirésistantes en milieu de soins.

CLSC

- Réaliser les enquêtes épidémiologiques pour toutes les MADO pour lesquelles une intervention est requise et mettre en place les mesures de contrôle et de protection incluant l'éducation;
- Informer et collaborer à la déclaration des MADO;
- Dégager les intervenants pour les mises à jour de leurs connaissances sur les MADO par des formations offertes par la DRSP;
- Dégager les intervenants, de façon régulière, pour permettre les discussions cliniques.

CH et CHSLD

- Mettre en place un processus assurant la déclaration des MADO par les labos;
- Mettre en place un processus assurant la déclaration des MADO par les médecins pour la clientèle hospitalisée;
- Déclarer les éclosions survenant dans le milieu.

Activités proposées

La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Constat

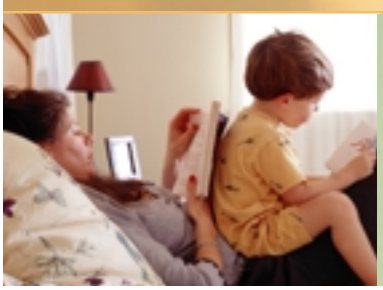
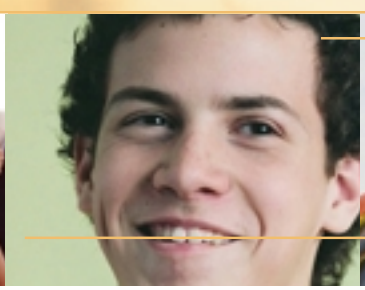
Depuis quelques années, on observe une recrudescence des ITSS. La proportion de cas déclarés en 2002 représente 66,6 % des MADO alors qu'elle était de 52,3 % en 1999. La gonorrhée et la syphilis ont connu une hausse particulièrement évidente chez certains groupes à risque, dont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Quant aux infections génitales à chlamydia, l'incidence cumulative des cas déclarés a augmenté de 30,5 % entre 1999 et 2001. Les interventions déployées à ce jour n'ayant pas réussi à en arrêter la progression, il nous faut donc intensifier certains services offerts à l'échelle régionale et innover dans nos modes de dispensation de services auprès de certains milieux ciblés.

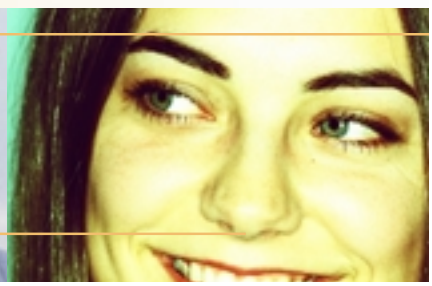
Objectif santé pour 2012

Réduire le taux d'incidence des ITSS et leurs complications.

Cibles d'intervention

- Mener des campagnes de promotion des comportements préventifs en sensibilisant la population aux conséquences des ITSS et de prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne les ITSS;
- Assurer la gratuité des médicaments pour traiter les ITSS;
- Offrir un service de soutien à l'intervention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITSS ou le VIH selon les priorités établies dans les orientations ministérielles;
- Consolider, dans toute la région, le Programme d'échange de seringues et rendre accessible aux utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI), sur une base régulière, le matériel pour l'injection sécuritaire (seringues, ampoules d'eau, sécuricup);
- Favoriser la récupération de seringues usagées pour toutes les clientèles (UDI, diabétiques);
- Supporter la mise en place de services intégrés de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), du virus d'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et le suivi clinique et psychosocial des clientèles vulnérables dans tous les territoires de CLSC et dans les milieux de vie (roulottes mobiles, maisons de jeunes, milieux communautaires, milieu scolaire);
- Soutenir les pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes;
- Assurer, en réponse à une exposition accidentelle (travailleurs ou population en général) au sang ou aux liquides biologiques, une évaluation médicale, une disponibilité des médicaments et des ressources responsables de les administrer dans toutes les salles d'urgence des hôpitaux de la région 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.



Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

- Réduire à moins de 120 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis (dans la région :164/100 000 en 2002);
- Réduire de 20 % le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans (583 cas en 2002);
- Réduire les infections à Nesseria gonorrhoeae jusque sous le seuil d'élimination d'ici 2012 (dans la région : 33 cas en 2002);
- Réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique;
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination, soit à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes (0,21 / 100 000 en 2002);
- Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale;
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmises sexuellement (chancre mou, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne);
- Réduire l'incidence de l'hépatite C;
- Réduire les infections virales transmises par les produits sanguins;
- Maintenir à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir le développement des services cliniques en CLSC et dans les milieux de vie (unité mobile, café rencontre, milieu scolaire);
- Apporter l'expertise et le soutien financier à la clinique santé du Centre Sida Amitié;
- Consolider le programme de notification aux partenaires;
  - Assurer la formation continue des intervenants,
  - Réaliser des ententes de services avec les CLSC afin de desservir l'ensemble de la région,
  - Faire la promotion du service auprès des professionnels de la santé,
  - Apporter l'expertise conseil dans l'application du programme,
  - Analyser les données de monitorage des activités du service;
- Sensibiliser les médecins face au dépistage des clientèles à risque;
- Consolider le Programme d'échange de seringues (PES) en collaboration étroite avec le Centre Sida Amitié;
  - Impliquer des pharmacies,
  - Assurer la formation continue des partenaires (bulletin, colloque),
  - Évaluer les processus mis en place,
  - Rendre accessible le nouveau matériel recommandé par le MSSS,
  - Soutenir le Centre Sida Amitié pour la mise en place du programme d'aide aux personnes vulnérables vivant avec le VHC;
- Assurer l'accessibilité des services de dépistage de l'hépatite C dans le cadre de la campagne provinciale auprès des transfusés;
- Intégrer aux formulaires des enquêtes épidémiologiques pour les maladies transmissibles par le sang (hépatites A, B, C, syphilis, malaria, VNO, SRAS) les questions relatives au don de sang et à la réception de produits sanguins chez les cas déclarés et informer les intervenants des modalités de déclaration à Héma-Québec;
- Apporter l'expertise-conseil nécessaire;
- Analyser les données et évaluer les différents programmes au regard des orientations ministérielles.

CLSC

- Développer et consolider les services cliniques en CLSC et dans les milieux de vie (unité mobile, café rencontre, milieu scolaire, …);
- Consolider le programme de notification aux partenaires : entente de services afin de desservir l'ensemble de la région;
- Consolider, au niveau local, le Programme d'échange de seringues (PES) en collaboration étroite avec le Centre Sida Amitié;
- Sensibiliser les médecins face au dépistage des clientèles à risque;
- Collaborer avec le Centre Sida Amitié à la mise en place du programme d'aide aux personnes vulnérables vivant avec le VIH ou le VHC;
- Rendre accessibles les services de dépistage dans le cadre de la campagne provinciale auprès des transfusés;
- Réaliser les enquêtes épidémiologiques pour toutes les MADO transmissibles par le sang et informer les partenaires concernés (Héma-Québec).

4.5 Santé environnementale

Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

Constat

Même si, à première vue, la région des Laurentides semble favorisée au niveau environnemental, ce qui contribue au développement du tourisme, les résidents ne sont pas à l'abri des problèmes de santé liés à la pollution de l'air extérieur, que celle-ci provienne de sources fixes (industries) ou mobiles (transport routier). Malheureusement, le bilan des émissions atmosphériques reste mal connu, ce qui limite la nature des interventions.

De plus, la région n'est pas non plus à l'abri des problèmes liés à la qualité de l'air intérieur, en raison de problèmes de salubrité des bâtiments résidentiels, des établissements scolaires ou des établissements de santé.

Objectif santé pour 2012

Réduire les problèmes de santé liés à la mauvaise qualité de l'air extérieur (pollution atmosphérique, herbe à poux) et de l'air intérieur.

Cibles d'intervention

- Promouvoir des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur;
- Promouvoir des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux;
- Participer à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur.

Résultats attendus pour 2007

- Consolider les processus de liaison avec le bureau régional du ministère de l'Environnement (MENV) pour obtenir de celui-ci et d'Environnement Canada les données ou l'interprétation des résultats de toutes les stations d'échantillonnage existant actuellement dans la région des Laurentides;
- Fournir à toutes les municipalités et les MRC l'ensemble de l'information disponible sur les mesures visant à diminuer l'exposition de la population à l'herbe à poux;
- Proposer, à toutes les commissions scolaires aux prises avec des problèmes de qualité d'air intérieur, une formation de base leur permettant de faire leur propre diagnostic de la situation prévalant dans leurs établissements;
- Mettre à jour, dans tous les CLSC, l'information et la formation nécessaires à la réponse aux demandes de citoyens concernant la qualité de l'air extérieur et intérieur, au moyen de leur Info santé.

Rôles et contributions de chacun

DRSPPE

- Pollution atmosphérique :
  - Obtenir ou analyser les données d'échantillonnage de l'air extérieur effectué dans la région;
  - Promouvoir, auprès de la Direction régionale du MENV, d'Environnement Canada et de certaines entreprises, la nécessité d'obtenir un bilan des émissions atmosphériques et proposer une stratégie d'évaluation de la qualité de l'air extérieur dans les localités éventuellement identifiées,
  - Participer au programme Info-Smog de la grande région de Montréal (estival et hivernal),
  - Former les intervenants d'Info santé afin qu'ils puissent répondre adéquatement aux demandes de la population et leur apporter le soutien nécessaire;
- Herbe à poux :
  - Développer des activités d'information à l'intention des intervenants municipaux concernés par les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux,
  - Sensibiliser la population à l'identification de l'herbe à poux et aux mesures de contrôle à appliquer dans son environnement immédiat,
  - Mettre en place des activités à l'intention des partenaires d'autres secteurs concernant les problèmes de santé attribuables à l'herbe à poux;
- Qualité de l'air intérieur et salubrité des bâtiments :
  - Participer à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur;
  - Conduire les enquêtes épidémiologiques et organiser les activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance (CPE), les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou dans certaines situations exceptionnelles pouvant affecter une communauté.

CLSC

- Répondre, par l'entremise des services d'Info santé, aux demandes de la population relatives à la qualité de l'air intérieur et extérieur;
- Impliquer les CLSC mandataires en santé au travail dans la réponse aux demandes des commissions scolaires et des établissements de santé aux prises avec des problèmes de qualité d'air intérieur.

Activités proposées

Les maladies d'origine hydrique

Constat

En plus du très grand nombre de résidents utilisant un puits privé, la population des Laurentides s'approvisionne en eau potable au moyen de plus de 200 réseaux d'aqueduc, dont la moitié sont des réseaux municipaux et l'autre moitié des réseaux privés ou institutionnels. De plus, à ces réseaux s'ajoutent actuellement de nombreux établissements touristiques.

Le nouveau règlement sur la qualité de l'eau potable, adopté au printemps 2001, propose un contrôle beaucoup plus serré des réseaux d'aqueduc. Bien que cette réglementation permette une vigie sanitaire plus étroite, elle a entraîné une augmentation considérable du nombre de déclarations de réseaux hors normes reçues à la Direction régionale de santé publique des Laurentides. En effet, dans les années 1999-2000, la DRSP recevait moins d'une quinzaine de déclarations par année; ce nombre a plus que décuplé depuis 2001, et il augmentera de façon substantielle lorsque tous les exploitants se soumettront à la réglementation.

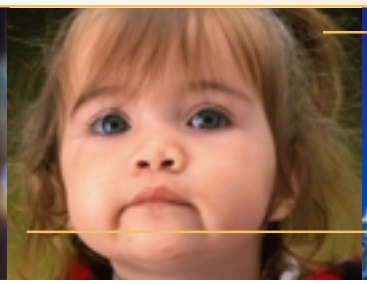
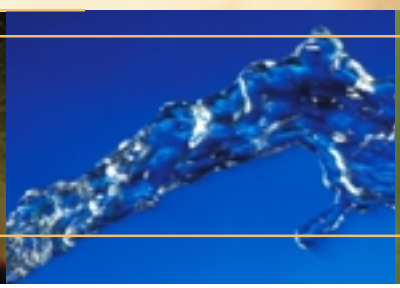
Par ailleurs, la région des Laurentides se caractérise par son accès privilégié aux eaux récréatives. La grande disponibilité des plans d'eau et leur fragilité nécessitent des interventions régulières pour limiter l'apparition de problèmes de santé. Ainsi, certains lacs de la région sont affectés par des contaminations parasitaires (cercaires) ou végétales (cyanobactéries) pouvant affecter la santé.

Objectif santé pour 2012

Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique.

Cibles d'intervention

- Conduire des enquêtes épidémiologiques et organiser des activités appropriées lorsque surviennent des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau;
- Conduire des enquêtes épidémiologiques dans tous les cas de dépassement de normes relatives aux *E. Coli* et aux coli fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau;
- Consolider le système de surveillance et d'intervention associé à l'eau potable;
- Contribuer à la formation des exploitants des réseaux de distribution d'eau potable;
- Sensibiliser les déclarants et travailler de concert avec eux afin d'avoir accès en temps opportun aux déclarations concernant les éclosions, les intoxications ou les dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, et pouvoir ainsi mener une intervention aussi précoce que possible.


Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

- Effectuer une enquête épidémiologique pour 100 % des éclosions signalées reliées à l'eau potable;
- Assurer le suivi de 100 % des déclarations de dépassement de normes concernant E.coli et les coli fécaux dans l'eau potable;
  - Mettre en place un système informatisé de surveillance des déclarations hors normes pour permettre une vigie sanitaire appropriée;
- Informer les Info santé locaux concernés et l'Info santé régional dans tous les cas d'émission d'avis d'ébullition;
  - Former tous les Info santé des CLSC à la nécessité de signaler les problèmes de santé liés à la qualité des eaux de baignade (dermatite des baigneurs).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Consolider les mécanismes de surveillance efficaces, en concertation avec l'équipe de maladies infectieuses, visant l'identification précoce des cas ou des éclosions reliés à l'eau potable;
  - Développer des outils pour aider les plus petits réseaux à satisfaire aux exigences du règlement en matière de santé publique,
  - Documenter les conditions de certains réseaux problématiques,
  - Sensibiliser les propriétaires de puits privés à la nécessité de vérifier la qualité de leur eau potable,
  - Former les intervenants d'Info santé afin qu'ils puissent répondre aux demandes de la population en matière de qualité de l'eau potable ou de l'eau de baignade,
  - Documenter les problématiques associées à un développement anarchique risquant de menacer les réserves d'eau potable,
  - Informer les municipalités aux prises avec des problématiques d'agresseurs physico-chimiques (THM, nitrates, fluor, ph …);
- Coordonner les activités reliées à l'enquête épidémiologique lorsque surviennent des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau et dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux E. Coli et coli fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau;
  - Recevoir les déclarations, valider les diagnostics, concevoir l'enquête, mobiliser les ressources du CLSC et du milieu pour la réalisation de l'enquête, analyser les données et émettre les conclusions, faire les recommandations et assurer le suivi nécessaire, travailler avec le MENV et les exploitants pour éviter une récidive,
  - Informer la population,
  - Poursuivre le développement de mécanismes opérationnels de communication à l'échelle régionale, spécialement avec le MENV et les exploitants;
- Organiser une période de formation des exploitants de réseaux de distribution d'eau potable;
- Développer des outils informatisés de suivi des interventions pour être capable d'établir un portrait de la qualité des réseaux de la région et d'évaluer le système de surveillance associé à l'eau potable;
- Développer des outils de communication systématisés entre le MENV et la DRSP;
- Informer, de façon périodique et répétée, les intervenants d'Info santé, les médecins de salle d'urgence et les municipalités touchées par la problématique de la dermatite des baigneurs.
  - Outiller les groupes communautaires dans leurs interventions,
  - Informer, de façon périodique et répétée, les intervenants d'Info santé, les médecins de salle d'urgence et les municipalités touchées.

CLSC

- Répondre, par l'entremise d'Info santé, aux demandes de la population en matière de qualité de l'eau potable et de l'eau de baignade;
- Participer, dans le cadre du plan de mobilisation, aux enquêtes épidémiologiques reliées à une éclosion de maladies d'origine hydrique.

Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon)

Constat

La vocation touristique de la région contribue à favoriser l'exposition de la population aux rayons du soleil, ce qui augmente le risque de contracter un cancer de la peau.

De plus, il existe un problème important de contamination de l'air intérieur par le radon dans certaines zones très délimitées, principalement situées sur les territoires des CLSC d'Argenteuil et Jean-Olivier-Chénier. Une intervention de la Direction régionale de santé publique auprès des résidents de ces zones a déjà été organisée et devra être poursuivie au cours des prochaines années.

Finalement, un programme visant la diminution de l'exposition aux fibres d'amiante dans l'air, au sein des établissements scolaires et des établissements de santé, constitue une priorité.

Objectifs santé pour 2012

• Diminuer l'incidence des cancers de la peau;
• Réduire l'incidence des cancers du poumon dus à l'exposition à l'amiante, de même que ceux dus au radon dans une zone particulière de la région des Laurentides.

Cibles d'intervention

- Participer au suivi de l'enlèvement ou à la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutenir l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé;
- Participer au suivi du programme d'aide financière pour le radon à Oka;
- Informer les parents des moyens efficaces pour protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets.

Résultats attendus pour 2007

- Conseiller, à leur demande, les gestionnaires des établissements de soins de santé sur les risques à la santé liés à l'amiante;
- Soutenir, par le biais des équipes de santé au travail, tous les établissements de santé de la région dans l'évaluation de la présence d'amiante, et les commissions scolaires dans les démarches visant à réparer ou enlever le flocage d'amiante de leurs bâtiments;
- Informer l'ensemble de la population exposée au radon sur les mesures à prendre et fournir l'aide appropriée pour apporter les mesures de mitigation;
- Développer une stratégie d'information sur les rayons UV, destinée aux parents d'enfants de 0 à 5 ans.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conseiller les gestionnaires des établissements de soins de santé concernant les risques à la santé liés à l'amiante;
- Apporter l'expertise conseil aux citoyens touchés par la problématique du radon dans leurs résidences concernant le programme de mitigation;
- Répondre directement aux questions des citoyens sur le radon (à titre exceptionnel pour ce dossier);
- S'assurer que tous les moyens soient mis en œuvre pour que les parents d'enfants de 0 à 5 ans soient informés des dangers des rayons ultraviolets.

CLSC

- Informer les parents des très jeunes enfants, au moment des séances de vaccination de base ou par l'entremise des CPE, des moyens de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets;
- Impliquer les équipes de santé au travail des CLSC mandataires, pour le suivi de l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements de soins de santé et l'enlèvement ou la réparation des flocages d'amiante dans les bâtiments scolaires.

Activités proposées

Les intoxications environnementales

Constat

Puisque les intoxications d'origine chimique (au monoxyde de carbone, aux pesticides…) appartiennent à la catégorie des MADO, elles font ou devraient faire l'objet d'une déclaration à la Direction régionale de santé publique.

Entre le 1er janvier 1999 et le 30 juin 2000, les intoxications au CO, à elles seules, ont engendré une quarantaine de déclarations. Toutefois, la sous-déclaration reconnue dans ce domaine ne nous permet pas d'évaluer avec précision l'ampleur du problème dans la région.

À la suite d'une déclaration de MADO d'origine chimique, l'équipe de santé environnementale, en collaboration avec l'équipe de santé au travail, doit conduire une enquête épidémiologique pour trouver l'origine du problème et éviter qu'il ne se reproduise.

Objectif santé pour 2012

Réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.*

Cibles d'intervention

Promouvoir le processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone (CO) et des pesticides, et conduire des enquêtes épidémiologiques pour tous les cas déclarés.

Résultats attendus pour 2007

- Investiguer toutes les déclarations d'intoxication d'origine chimique;
- Dresser un bilan annuel des MADO chimiques et retourner l'information aux déclarants;
- Assurer la prévention des intoxications dans tous les milieux de travail, particulièrement les intoxications au monoxyde de carbone.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Sensibiliser les Info santé des CLSC et les médecins du territoire (surtout les urgences) à la nécessité de signaler les intoxications d'origine chimique;
- Tenir des enquêtes épidémiologiques;
- Rédiger un bilan annuel des MADO chimiques;
- Effectuer de la rétroaction auprès des déclarants sur le suivi des cas;
- Implanter un nouveau système de déclaration des MADO;
- Développer, en collaboration avec l'équipe de promotion/prévention, une campagne de prévention des intoxications domestiques chez les jeunes enfants.

CLSC

- Signaler à la DRSP tous les cas d'intoxication ayant fait l'objet d'un appel à Info santé;
- Répondre, conformément au plan de mobilisation, aux besoins de la population en matière de services de santé de première ligne pour tous les cas d'intoxication réelle ou appréhendée;
- Impliquer les équipes de santé au travail des CLSC mandataires dans toutes les activités visant à prévenir les intoxications chimiques en milieu de travail (formation, information, prévention à la source, etc.).

* À court terme, il est cependant difficile de quantifier cet objectif, puisque les activités à mettre en place devraient favoriser (et donc augmenter) la compliance à la déclaration. Actuellement, tout en reconnaissant l'importance de cette problématique identifiée comme prioritaire au niveau provincial, il nous est impossible d'estimer l'incidence du nombre d'intoxications d'origine environnementale dans la région.

Activités proposées

Les maladies liées à la modification de l'environnement

Constat

Différents types de projets modifiant l'environnement peuvent avoir un impact sur la santé de la population des Laurentides. Ainsi, des projets de développement industriel ou d'aménagement du territoire sont régulièrement proposés dans la région. La Direction régionale de santé publique a le mandat de prévenir les autorités sur les risques éventuels que ces projets pourraient causer à la santé.

Objectif santé pour 2012

Travailler à la prévention de problèmes de santé pouvant être créés ou aggravés par le développement de projets modifiant l'environnement.

Cibles d'intervention

- Participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement et collaborer à l'implantation de la politique touchant la protection des sols et la réhabilitation des terrains contaminés;
- Participer au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines;
- Collaborer aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.

Résultats attendus pour 2007

- Examiner 100 % des demandes d'évaluation d'impact de projets ayant des conséquences sur l'environnement, ainsi que des politiques touchant la protection des sols et la réhabilitation des terrains contaminés;
- Examiner 100 % des demandes de révision des schémas d'aménagement et, dans tous les cas, émettre un avis.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux (analyser la directive, analyser l'étude d'impact, participer aux rencontres préliminaires ou les planifier, documenter le dossier, participer aux audiences publiques et produire les avis et les documents);
- Participer aux différentes étapes du processus de révision des schémas d'aménagement des MRC;
- Développer une approche collégiale à l'interne de la DRSP, pour évaluer les différents aspects des schémas d'aménagement (prévention/promotion, urgences…);
- Collaborer à l'élaboration des schémas et des plans de sécurité civile, des schémas de couverture de risque des municipalités ainsi qu'aux travaux d'autres groupes de préparation aux urgences (ex. : CMMI).



Activités proposées

Les situations d'urgence et les catastrophes environnementales

Constat

La région n'est pas à l'abri des urgences ou catastrophes environnementales d'origine naturelle, anthropique, industrielle ou provoquée. Comme exemples, nous pouvons citer des cas de contaminations d'eau potable avec des agents biologiques ou chimiques, des incendies ou des déversements impliquant des matières dangereuses, des situations psychosociales avec des éléments de santé publique, tous des événements survenus dans la région au cours des années précédentes.

À cela s'est ajouté récemment tout le volet des menaces ou des situations appréhendées associées aux actes terroristes. La DRSP a déjà été sollicitée à plusieurs reprises dans ce dossier au cours de l'année dernière. Elle représente l'entité du réseau de la santé qui doit répondre en tout temps à ce genre d'événement pour les aspects santé publique, en complémentarité avec les services psychosociaux et les services de santé physique.

Objectif santé pour 2012

Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

Cibles d'intervention

Élaborer et mettre en place un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions pour faire face aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de sinistres naturels, accidentels ou provoqués.

Résultats attendus pour 2007

Répondre aux urgences environnementales 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Maintenir disponible en tout temps un système régional de réponse aux urgences environnementales;
- Assurer périodiquement la mise à jour du volet environnemental du plan d'urgence de la DRSP, conformément à ceux de la Régie régionale, du Ministère et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- Collaborer à l'élaboration du plan de mobilisation des ressources du réseau pouvant être mis en opération par la directrice de santé publique dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques;
- Contribuer à l'harmonisation des pratiques concernant la prévention et la préparation aux urgences en santé environnementale, incluant les situations réelles ou appréhendées associées aux gestes malveillants ou terroristes.

CLSC

- Répondre en tout temps, par l'entremise d'Info santé, aux demandes des citoyens aux prises avec une situation d'urgence;
- Assurer, en situation de crise, le suivi psychosocial des personnes touchées par une situation d'urgence;
- Répondre, conformément au plan de mobilisation, aux besoins de la population en matière de services de santé de première ligne pour les cas d'urgence ou de catastrophes environnementales.






4.6 Santé en milieu de travail

Le domaine d'intervention de la santé au travail concerne les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques ou ergonomiques, présents dans le milieu de travail et pouvant être à l'origine de problèmes de santé aigus ou chroniques. Les interventions à l'intérieur du milieu de travail se font non seulement en vertu d'un mandat de protection de la santé publique dévolu aux directeurs de santé publique (Loi sur la santé et les services sociaux), mais surtout en vertu de contrats conclus entre la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et les CLSC (Loi sur la santé et la sécurité du travail).

Les interventions prévues requièrent l'implication de l'équipe régionale de la DRSP et des équipes locales des CLSC. Dans les Laurentides, deux CLSC sont mandataires de l'entente, soit le CLSC Jean-Olivier-Chénier et le CLSC Arthur-Buies. Compte tenu de la grande étendue de la région, un point de service à Mont-Laurier, rattaché au CLSC Arthur-Buies, assure le service pour la partie nord du territoire. Les interventions se font en concertation avec la direction régionale de la CSST, tant au niveau de la planification que de certaines actions réalisées dans les entreprises.

La planification des activités en santé au travail diffère de celle des autres équipes de la santé publique, dans la mesure où elle est élaborée à chaque année selon les orientations de la CSST, les besoins exprimés par les employeurs et les travailleurs, ainsi que les programmes d'intervention et les projets spécifiques déterminés conjointement avec la CSST. Elle fait l'objet d'une acceptation mutuelle du directeur régional de la CSST et de la directrice de santé publique.

La planification en santé au travail prévoit notamment l'élaboration, la mise en application et la mise à jour des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE). Dans la région des Laurentides, il a été convenu que ceux-ci seraient mis à jour tous les 5 ans.

De plus, plusieurs programmes d'intervention et projets spécifiques, développés à l'échelle provinciale, ont été implantés dans la région. Ceux-ci visent la diminution de l'exposition à certains agresseurs présents dans tous les milieux de travail de secteurs spécifiques et la planification d'interventions adaptées au contrôle de ceux-ci.

Ainsi, au cours des trois prochaines années, les équipes de santé au travail assureront le suivi de différents programmes intégrés d'intervention (PII) visant :

- La prévention des risques biologiques chez les pompiers, policiers, agents de services correctionnels et travailleurs exposés aux eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures;
- Le contrôle des principaux risques à la santé liés au procédé de poudrage électrostatique;
- Le contrôle des dangers reliés à l'exposition à l'amiante.

Les équipes assureront également le suivi des projets provinciaux spécifiques implantés dans la région visant :

- La réduction de l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie;
- L'élimination des dangers à la sécurité et à l'intégrité physique des travailleurs du secteur forestier;
- L'identification et la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS);
- La réduction de l'exposition au béryllium.

Chaque année, les équipes de santé au travail répondent aux demandes de consultation des médecins traitants d'environ 1500 femmes enceintes dans le cadre du programme «Pour une maternité sans danger»(PMSD). Dans chaque cas, la demande fait l'objet d'une étude du poste de la travailleuse par l'équipe locale, puis des recommandations visant la réaffectation de celle-ci à un poste sans risque pour sa grossesse ou le bébé à naître ou allaité sont transmises au médecin traitant, par le médecin désigné de la Régie régionale.

Finalement, les équipes de santé au travail, de concert avec l'équipe de santé environnementale de la DRSP, assurent le suivi des intoxications chimiques à déclaration obligatoire (MADO), et peuvent être appelées à effectuer des études relatives à l'hygiène industrielle dans le but de traiter les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles sur demande de la CSST. Elles assurent également le suivi des différentes demandes d'expertise ou d'intervention formulées par la CSST, les médecins traitants, les employeurs et les travailleurs.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

• Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;

• Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques;

• Diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante;

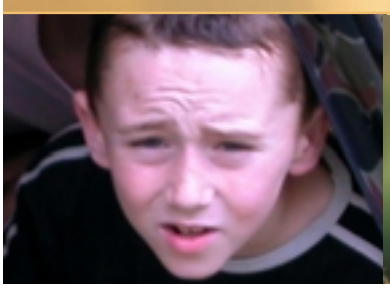
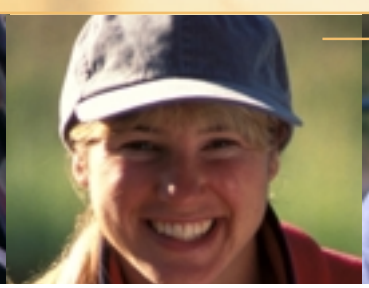
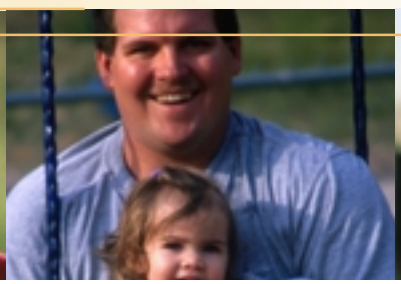
• Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel, en particulier celui relié aux isocyanates et à la farine, ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;

• Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles, notamment celles causées par le monoxyde de carbone et les pesticides, et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;

• Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;

• Diminuer l'incidence des cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs aux substances cancérogènes;

• Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuable au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant.


Les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)

Constat

La Loi sur la santé et la sécurité du travail exige que tous les employeurs des établissements faisant partie d'un secteur d'activité identifié par le Règlement sur le programme de prévention mettent en application un programme de prévention. Celui-ci doit notamment inclure un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), dont l'élaboration est confiée au médecin responsable de cet établissement. La mise en application de l'ensemble des PSSE est confiée aux équipes locales de santé au travail. De plus, le Règlement sur les services de santé au travail confirme le droit des travailleurs oeuvrant dans un établissement faisant partie d'un secteur d'activité identifié par ce règlement à des services de santé au travail à caractère préventif. Au 26 novembre 2003, 15 secteurs d'activités économiques, regroupés en trois groupes prioritaires, étaient visés par les deux règlements mentionnés ci-dessus :

• **Groupe prioritaire I**
1. Bâtiment et travaux publics
2. Industrie chimique
3. Forêt et scieries
4. Mines, carrières et puits de pétrole
5. Fabrication de produits en métal

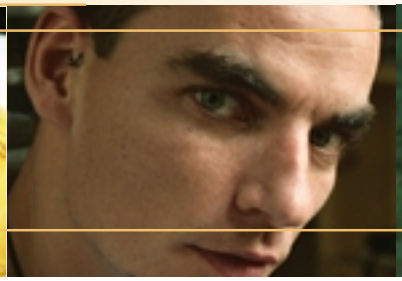
• **Groupe prioritaire II**
6. Industrie du bois (sans scierie)
7. Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique
8. Fabrication d'équipement de transport
9. Première transformation des métaux
10. Fabrication des produits minéraux non métalliques

• **Groupe prioritaire III**
11. Administration publique
12. Industrie des aliments et boissons
13. Industrie du meuble et des articles d'ameublement
14. Industrie du papier et des activités diverses
15. Transport et entreposage

Selon le fichier des établissements de la CSST, ces 15 secteurs d'activités comptent, dans les Laurentides, 3777 établissements regroupant 46 972 travailleurs (novembre 2003).

En vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail, un PSSE doit prévoir :
- L'identification et l'évaluation des risques à la santé présents dans le milieu de travail, que ceux-ci soient d'origine physique, chimique, biologique ou ergonomique;
- La mise en place d'activités de prévention et de surveillance de la santé des travailleurs;
- L'information et la formation des travailleurs et des employeurs sur les risques et les effets sur la santé ainsi que sur les moyens pour les prévenir, les contrôler ou les éliminer;
- La mise en place de services de premiers secours et de premiers soins.






Activités proposées

Cibles d'intervention

Élaborer, mettre en application et assurer le suivi des PSSE des groupes prioritaires I, II et III.

Résultats attendus pour 2007

Que tous les établissements des groupes prioritaires I, II et III aient un PSSE et que celui-ci soit mis à jour régulièrement selon le cadre de référence établi, lorsque la nature et l'ampleur des risques le justifient.

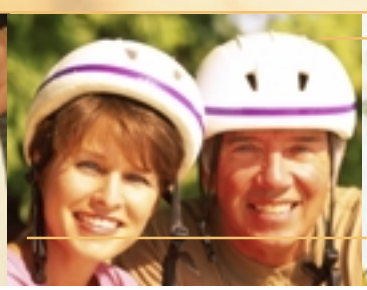
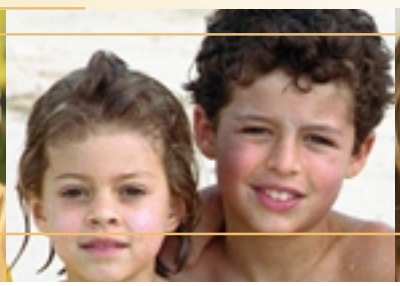
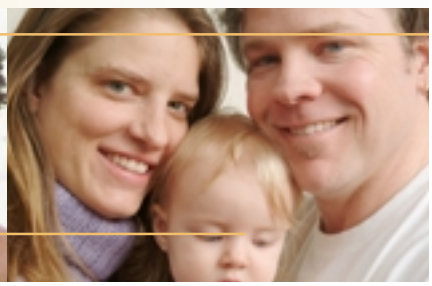
Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conjointement avec les CLSC, faire annuellement, pour la région, une planification des activités nécessaires à l'élaboration et à la mise en application des PSSE. Faire approuver cette planification par la CSST; faire également le bilan annuel de ses réalisations par rapport aux activités prévues lors de la planification annuelle et transmettre cette information à la Commission après consultation du comité de coordination;
- Assurer auprès du médecin responsable et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application des PSSE;
- Évaluer les PSSE et formuler les recommandations appropriées à la Commission ainsi qu'au médecin responsable;
- Colliger et analyser les informations statistiques relatives à la mise en application et à l'évaluation des programmes de santé au travail; utiliser les données de connaissance surveillance pour dresser le portrait de l'état de santé des travailleurs. Mettre en oeuvre le plan de surveillance, tel que prévu dans la Loi sur la santé publique.

CLSC

- Identifier, parmi l'ensemble des établissements inscrits à la CSST et faisant partie des groupes prioritaires, ceux dont l'ampleur et la nature des risques justifient l'élaboration d'un PSSE;
- Collaborer avec le médecin responsable pour l'élaboration et la mise à jour du PSSE. Ceci comprend, entre autres, les activités suivantes :
  - Visites des lieux de travail,
  - Identification des risques,
  - Analyse des agresseurs environnementaux,
  - Rédaction du PSSE;
- Mettre en application les programmes de santé élaborés sur son territoire, en collaboration avec l'équipe régionale. Les activités à réaliser sont notamment la surveillance environnementale, la surveillance médicale ainsi que des activités de formation et d'information des employeurs et des travailleurs, et l'organisation des premiers secours et premiers soins;
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci de s'acquitter des rôles et des responsabilités qui lui sont confiées.

Activités proposées

Les projets provinciaux et les projets spécifiques

Constat

Plusieurs programmes d'intervention sont développés à l'échelle provinciale, soit sous forme de programmes intégrés d'intervention (PII), ou sous forme de projets spécifiques. Ceux-ci visent la diminution de l'exposition à certains agresseurs présents dans tous les milieux de travail de secteurs spécifiques et la planification d'interventions adaptées au contrôle de ceux-ci. La plupart d'entre eux ont été implantés dans la région et leur mise en application se poursuivra au cours des trois prochaines années. Les équipes de santé au travail doivent également assurer la mise en application du Règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs des mines et carrières qui comprend, entre autres, l'émission et le renouvellement du Certificat de santé pulmonaire.

Ainsi, au cours des trois prochaines années, différents PII ou projets devront toucher les problématiques suivantes :

- Le bruit et la surdité professionnelle;
- Les troubles musculo-squelettiques;
- L'amiante dans le secteur de la construction;
- L'exposition à la silice dans les carrières;
- L'exposition à la silice dans le secteur du bâtiment et des travaux publics;
- Le poudrage électrostatique;
- Les isocyanates chez les carrossiers;
- Les risques biologiques associés à différents secteurs d'activités (pompiers, pompiers premiers répondants, policiers, opérateurs d'usine d'épuration, éboueurs, etc.);
- Le béryllium;
- Les risques d'intoxication au monoxyde de carbone et à la sécurité lors de l'utilisation de chariots élévateurs.

De plus, des problèmes en émergence tels que l'exposition au manganèse ou la santé mentale au travail pourraient faire l'objet de projets provinciaux au cours des années à venir.

Parmi les établissements ciblés dans les Laurentides, on retrouve actuellement :
- 46 ateliers de carrosserie, ciblés dans le cadre du PII isocyanates, regroupant plus de 400 travailleurs;
- 154 établissements ciblés ou susceptibles de l'être dans le cadre du projet Béryllium;
- 44 établissements dans le cadre du PII risques biologiques;
- 13 établissements ciblés dans le cadre du PII poudrage électrostatique ;
- 42 établissements sont actuellement ciblés pour des interventions en regard des troubles musculo-squelettiques.






Activités proposées

Cibles d'intervention

Participer à l'élaboration, à l'implantation, au suivi et à l'évaluation des PII et projets provinciaux.

Résultats attendus pour 2007

Mettre en oeuvre, selon les échéanciers, l'ensemble des activités prévues dans le cadre d'un PII ou d'un projet spécifique provincial, en concertation avec la direction régionale de la CSST.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conjointement avec les CLSC, faire annuellement, pour la région, une planification des activités nécessaires à l'élaboration et à la mise en application des PII et des projets spécifiques. Faire approuver cette planification par la CSST. Faire le bilan de ses réalisations par rapport aux activités prévues lors de la planification annuelle et transmettre cette information à la CSST;
- Participer aux activités provinciales de formation et en assurer le suivi auprès des équipes locales;
- Assurer auprès des médecins responsables et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application des PII et des projets spécifiques;
- Par une analyse appropriée des banques de données en santé au travail, identifier les problèmes de santé en émergence.

CLSC

- Réaliser, en collaboration avec l'équipe régionale, l'ensemble des activités prévues dans le cadre de chacun des PII et des projets spécifiques;
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et des documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci de s'acquitter des rôles et responsabilités qui lui sont confiés quant aux PII et aux projets spécifiques.



Activités proposées

Le programme « Pour une maternité sans danger »

Constat

Le programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD) s'adresse à la travailleuse enceinte ou qui allaite et dont les conditions de travail pourraient être dommageables pour la grossesse ou le bébé à naître ou allaité. Le programme prévoit qu'advenant un tel risque, la femme peut être assignée temporairement à un poste plus sécuritaire. En cas d'impossibilité d'une telle réaffectation, elle peut être retirée de son travail jusqu'à l'accouchement ou la fin de l'allaitement.

Dans la région des Laurentides, environ 1500 demandes sont traitées chaque année et l'accent est mis sur la réaffectation de la travailleuse toutes les fois que cela est possible.

Cible d'intervention

Assurer dans toute la région l'application du programme « Pour une maternité sans danger ».

Résultats attendus pour 2007

- Que toutes les demandes de consultation des médecins traitant des travailleuses enceintes ou qui allaitent fassent l'objet d'un suivi dans les délais appropriés et selon les protocoles établis.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Assurer, auprès du médecin responsable et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Formuler les recommandations médicales dans le cadre du PMSD;
- S'assurer de l'harmonisation des recommandations à l'échelle régionale et provinciale.

CLSC

- Effectuer, sur réception d'une demande de consultation du médecin traitant, les études de poste des travailleuses dont les conditions de travail sont susceptibles de comporter des dangers pour elles ou pour l'enfant à naître ou allaité, dans le cadre de la mise en application du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Participer, avec les médecins de l'équipe régionale, à tout projet d'harmonisation d'études de poste favorisant la réaffectation de la travailleuse.

La diminution de l'incidence des intoxications professionnelles en milieu de travail

Cette activité est traitée avec la section du plan d'action de l'équipe de santé environnementale. En effet, advenant une intoxication chimique, l'enquête est faite en collaboration par les deux équipes à l'échelle régionale.
Pour la prévention des intoxications par des interventions sur les lieux de travail, l'activité est prise en charge par les équipes locales.

Activités proposées

Le projet régional : « Centres de formation professionnelle »

Après avoir rempli les exigences dictées par l'entente avec la CSST, l'équipe régionale et les équipes locales peuvent s'entendre sur la réalisation de projets régionaux liés à une problématique particulière dans la région ou en réponse à des demandes du milieu.

Constat

Les statistiques de la CSST montrent que les travailleurs de 24 ans ou moins sont plus vulnérables aux accidents, en raison notamment du manque d'expérience et de formation en santé et sécurité, du stress lié à l'entrée sur le marché du travail mais aussi du sentiment d'invulnérabilité et d'esprit compétitif propre à ce groupe d'âge.

Dans la région des Laurentides, on retrouve 4 commissions scolaires regroupant 11 centres de formation professionnelle. Il nous semble donc important de développer une culture de prévention auprès des enseignants et des étudiants de ces centres, afin de favoriser lors du processus d'apprentissage, l'intégration de comportements préventifs de santé et de sécurité dans les ateliers professionnels.

Cibles d'intervention

Participer à l'élaboration, à l'implantation, au suivi et à l'évaluation du projet régional sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles dans les centres de formation professionnelle.

Résultats attendus pour 2007

Mettre en œuvre, d'ici trois ans, l'ensemble des activités qui seront planifiées lors du développement de ce projet régional relié à la promotion de la santé et de la sécurité auprès des enseignants et des étudiants de centres de formation professionnelle.

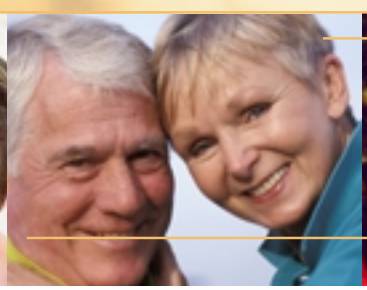
Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Faire le portrait des établissements visés par le projet;
- Planifier l'ensemble des activités nécessaires à l'implantation de ce projet, conjointement avec les CLSC. Faire approuver cette planification par la CSST.

CLSC

- Mettre en oeuvre, en collaboration avec l'équipe régionale, l'ensemble des activités nécessaires à l'implantation, au suivi et à l'évaluation des activités mises en place dans le cadre de ce projet;
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et des documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci d'assurer le suivi de ce projet.



4.7 Surveillance, recherche et évaluation

La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Constat

La Loi sur la santé publique (sanctionnée en décembre 2001) et le Programme national de santé publique (rendu public en novembre 2002) mènent à une évolution de la pratique en matière de surveillance. Le PNSP propose une classification des objets de surveillance de santé et de bien-être ainsi que de leurs déterminants :

- **conditions démographiques :** effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population;
- **conditions socioculturelles :** modalités de vie, langue, immigration;
- **conditions socioéconomiques :** scolarité, revenu, emploi;
- **environnement physique :** eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail;
- **environnement social et adaptation sociale :** soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences;
- **habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs :** alimentation, tabac, alcool, drogues et jeux de hasard, poids corporel, activités physiques, grossesse, naissances et allaitement, comportement de protection;
- **services de santé :** services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination), services de première ligne (médicaments et méthadone, Info santé CLSC), autres services de santé au besoin;
- **état de santé global :** perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé et mortalité selon l'âge;
- **état de santé physique :** perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause;
- **état de santé mentale :** perception de l'état de santé mentale et de l'estime de soi, problèmes de santé mentale, détresse et stress, idée suicidaire et tentatives de suicide, suicide, dépression, hospitalisation pour trouble mental.

Les activités associées à la surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances. Cet exercice sert ensuite à informer la population, à soutenir le processus de décision et de planification, ainsi qu'à réviser les orientations grâce au suivi des indicateurs de résultats. La fonction de surveillance contribue aussi à soutenir la prise de décision dans les secteurs connexes pouvant avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population.

Cibles d'intervention

- Concrétiser les activités de suivi de l'état de santé de la population et de ses déterminants pour la région et les territoires de CLSC;
- Produire et diffuser l'information sociosanitaire auprès des différents publics cibles;
- Documenter les problématiques spécifiques à l'échelle régionale ou locale.

Résultats attendus pour 2007

- Élaborer et mettre en œuvre le Plan de surveillance régional;
- Produire et diffuser le rapport régional sur l'état de santé de la population;
- Produire des tableaux de bord sociosanitaires;
- Produire et diffuser des portraits de santé par territoire de CLSC;
- Réaliser une enquête sociosanitaire par territoire de CLSC (suréchantillonnage de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, ou ESCC);
- Développer des productions « sur mesure » selon les besoins des utilisateurs (par exemple, des mises à jour de données et informations sociosanitaires concernant la région ou les territoires).






Activités proposées

L'évaluation pour soutenir la planification et l'intervention en santé publique

Constat

En vertu de la Loi sur la santé publique, le Ministre doit évaluer les résultats du Programme national de santé publique (PNSP) et mettre celui-ci à jour régulièrement (article 7). Les régies régionales doivent faire de même, en concertation avec les CLSC en ce qui concerne le Plan d'action régional. Celui-ci se conformera aux prescriptions du PNSP, tout en tenant compte des spécificités de la population du territoire de la Régie régionale. De plus, la Loi sur la santé publique prévoit que le programme et les plans d'action régionaux doivent comporter un cadre d'évaluation et des mécanismes de reddition de comptes.

L'évaluation du PNSP permettra d'apprécier la pratique de santé publique, de suivre les activités proposées et de vérifier l'atteinte des résultats attendus. Les données recueillies serviront, d'une part, à renforcer le rôle et la capacité d'intervention de la santé publique et, d'autre part, à apporter au besoin les ajustements au Programme en vue d'atteindre les résultats escomptés. La collecte des données d'évaluation devra s'adapter à la structure du Programme et permettre des comparaisons entre les paliers national, régional et local, tout en précisant l'évolution des résultats dans le temps. La fonction évaluative sera exercée en étroite collaboration avec la fonction de surveillance, notamment en ce qui concerne les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population.

Cibles d'intervention

- Assurer le suivi de l'implantation des activités prioritaires du Plan d'action régional (évaluation de l'implantation);
- Documenter l'atteinte des objectifs sociosanitaires du Plan d'action régional (évaluation des résultats).

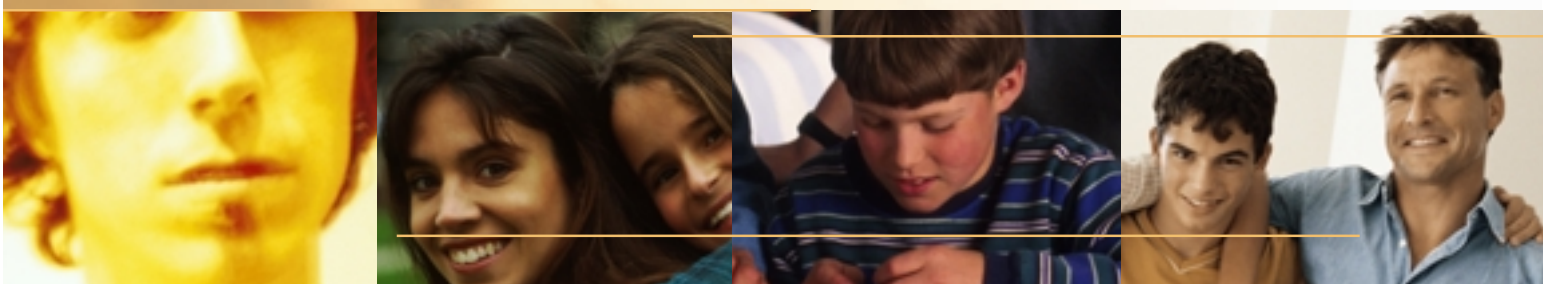
Résultats attendus pour 2007

- Produire le Bilan triennal régional de 2006 prévu au PNSP;
- Suivre les indicateurs sociosanitaires pour alimenter le rapport régional sur l'état de santé de la population;
- Évaluer l'implantation de projets prévus au PAR et validés annuellement par la DRSP;
- Répondre aux demandes ad hoc relatives au PAR;
- Animer l'échange de connaissances requis pour assurer un transfert d'expertises approprié (processus).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- S'assurer de l'atteinte des résultats cités précédemment.



Activités proposées

La recherche appliquée pour soutenir l'activité de santé publique

Constat

Les directeurs de santé publique peuvent, selon la Loi sur la santé publique, réaliser des enquêtes sociosanitaires régionales pour obtenir les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population (article 42). De même, le Programme national de santé publique prévoit que certaines activités pourront faire l'objet d'études évaluatives particulières pour approfondir, par exemple, l'influence de variations contextuelles régionales ou locales dans l'implantation d'activités, ou encore la relation entre ces activités et les effets anticipés. Ces activités de recherche appliquée relèveront de l'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation, en raison notamment de leur lien étroit avec les fonctions d'évaluation et de surveillance.

Cibles d'intervention

- Approfondir les connaissances relatives à des aspects spécifiques aux plans d'action régional et local en santé publique;
- Assurer un soutien méthodologique aux coordinations de santé publique et aux autres directions de la Régie régionale.

Résultats attendus pour 2007

- Réaliser une enquête auprès des médecins omnipraticiens de la région pour documenter le niveau de prestation des pratiques cliniques préventives (counselling, dépistage) de même que les barrières et les besoins perçus pour améliorer ces pratiques;
- Mener des études établies comme prioritaires par la DRSP dans le cadre du PAR (Sentinelle, Programme 0-5-30);
- Répondre aux demandes ad hoc des autres équipes de la DRSP relativement au PAR;
- Animer l'échange de connaissances requis pour assurer un transfert d'expertises approprié (processus).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- S'assurer de l'atteinte des résultats cités précédemment.



5. Responsabilités des équipes

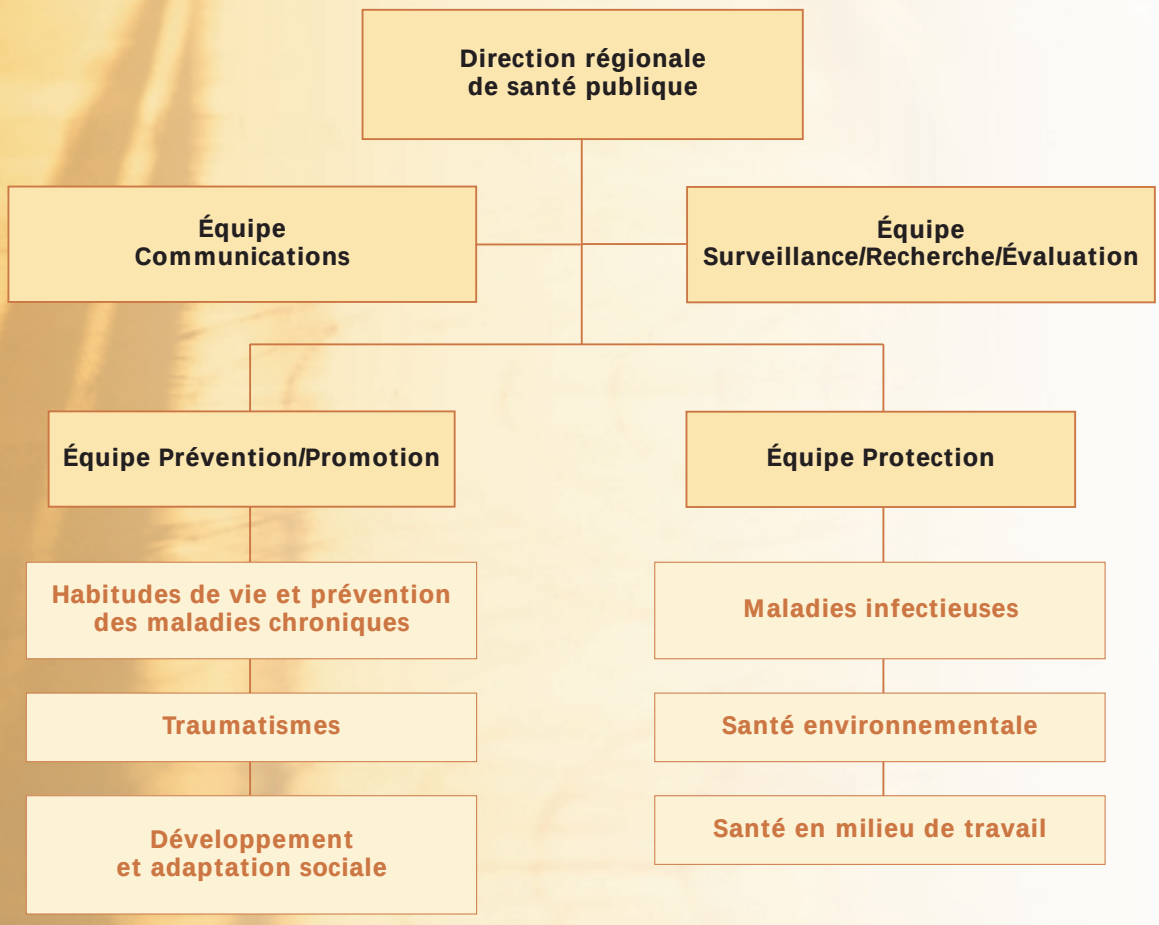
Comme on le constate, les activités proposées dans chacun des six grands domaines d'intervention constituent un défi ambitieux pour tous les intervenants de la santé des Laurentides. Rappelons cependant que toutes les activités retenues, y compris les incontournables, découlent d'un rigoureux exercice de planification tenant compte à la fois de nos besoins régionaux et des orientations ministérielles exprimées dans le Programme national de santé publique.

Cet exercice a amené chacune des équipes de la Direction régionale de santé publique à réviser son offre de services à la lumière des défis qui nous attendent et des actions à poser dans nos domaines d'intervention. Nous verrons plus en détail, dans les pages suivantes, le rôle et les responsabilités qui incombent aux équipes de santé publique.

Dans un premier temps, l'organigramme ci-dessous vous permettra d'identifier les personnes responsables d'un secteur d'activités et celles qui sont en mesure de répondre à votre demande dans un domaine d'intervention particulier, en y donnant suite ou en vous référant la personne la mieux placée pour vous aider.

Il convient ici de souligner le rôle prépondérant que joueront les CLSC dans la mise en œuvre du présent plan d'action. Forts de leur connaissance des besoins locaux et de leur proximité avec les milieux où ils interviennent, les CLSC agiront comme principaux maîtres d'œuvre des activités proposées dans les pages qui précèdent. Il était donc tout naturel d'inclure dans ce document, en plus de la présentation des équipes de la Direction régionale de santé publique, un aperçu de la mission des CLSC.

5.1 Organigramme de la Direction régionale de santé publique des Laurentides



Direction régionale de santé publique des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622/Télécopieur : (450) 436-1761

5.2 L'équipe de la prévention et de la promotion

En plus de contribuer, en intervenant le plus précocement possible, à la promotion de la santé et du bien-être de la population, les professionnels de cette équipe proposent et soutiennent des actions permettant de réduire les facteurs de risque et les conséquences associées à la maladie, aux problèmes sociaux et aux traumatismes. Pour ce faire, ces professionnels appuient et accompagnent les intervenants de première ligne, en premier lieu ceux du réseau de la santé et des services sociaux, en exerçant un rôle conseil. Ils leur offrent également des formations et des outils adaptés à leurs besoins et à la réalité de leur territoire.

De plus, l'équipe répond, dans les délais prescrits, aux demandes d'information et d'expertise touchant des problématiques reliées à son champ de compétence, regroupées en trois domaines :

- Habitudes de vie et maladies chroniques, comprenant elles-mêmes trois grands axes :
  - La promotion de saines habitudes de vie auprès des enfants et des adolescents;
  - La promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques auprès des adultes;
  - Le dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans;
- Traumatismes non intentionnels;
- Développement, adaptation et intégration sociale, ce qui inclut :
  - Les interventions s'adressant à des groupes d'âge spécifiques;
  - Les interventions globales associées au développement des communautés.






Responsabilités des équipes

5.3 L'équipe de coordination de la protection

La fonction « coordination de la protection » regroupe trois équipes constituées d'infirmières, de médecins et d'agents de planification ou de recherche : l'équipe des maladies infectieuses, l'équipe de santé environnementale et l'équipe de santé au travail. Le mandat de ces trois équipes leur est dicté par la Loi sur la santé et les services sociaux.

L'équipe des maladies infectieuses
Le domaine d'intervention portant sur les maladies infectieuses regroupe les maladies causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Après avoir identifié les situations dans lesquelles des agents infectieux peuvent mettre en danger la santé publique, l'équipe des maladies infectieuses s'assure de mettre en place des mesures visant à protéger la santé de la population et d'en informer celle-ci.

Elle répond, sur une base continue et au moment opportun, aux besoins des professionnels de la santé travaillant à prévenir l'apparition et la transmission des maladies infectieuses dans la population. Elle leur fournit avis, conseils et formation, contribuant ainsi au maintien de leur expertise. L'équipe des maladies infectieuses participe également, en collaboration avec les organismes du territoire, au développement de modalités novatrices d'intervention auprès des populations vulnérables. Elle prend les décisions médicales nécessaires à la protection de la population.

Plus spécifiquement, tel que présenté dans le PNSP, le domaine des maladies infectieuses regroupe :

- Les maladies évitables par l'immunisation;
- La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et autres infections en émergence;
- La prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

L'équipe reste disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour répondre aux besoins :

- Des CLSC (incluant Info santé);
- Des professionnels de la santé du territoire (médecins, pharmaciens, infirmières, dentistes);
- Des établissements de santé (infections nosocomiales);
- De la population.

L'équipe de la santé environnementale
Le domaine de la santé environnementale concerne les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, physique ou chimique de l'eau, de l'air ou des sols. L'équipe de la santé environnementale apporte son expertise aux professionnels de la santé ou d'autres secteurs, pour la surveillance et la prévention des problèmes de santé potentiellement causés ou aggravés par la contamination de l'environnement.

De concert avec l'équipe des maladies infectieuses, l'équipe de la santé environnementale reste disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en guise de ressource pour :

- Le personnel d'Info santé et les équipes de santé au travail des CLSC;
- Les professionnels de la santé;
- Les municipalités;
- Les commissions scolaires et les centres de la petite enfance (CPE);
- Les établissements de santé.

Dans le domaine de la santé environnementale, les intervenants cibleront leurs activités, conformément aux priorités énoncées dans le PNSP, sur :

- Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur;
- Les maladies d'origine hydrique;
- La prévention des cancers de la peau et du poumon d'origine environnementale;
- Les intoxications environnementales;
- La prévention de maladies liées à l'environnement;
- La réponse aux situations d'urgence et aux catastrophes environnementales.

L'équipe de la santé au travail
De concert avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), l'équipe régionale en santé au travail agit comme expert-conseil auprès des intervenants des équipes locales en santé au travail des CLSC, afin de prévenir l'apparition de problèmes de santé liés à l'exposition aux agresseurs présents en milieu de travail. Qu'ils soient de nature physique, chimique, biologique ou ergonomique, ces agresseurs peuvent occasionner des problèmes de santé aigus ou chroniques.

L'équipe régionale travaille en étroite collaboration avec les équipes de santé au travail des CLSC pour la planification, l'implantation et l'évaluation des activités en entreprise nécessaires à la réalisation du mandat confié par la CSST.

5.4 L'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation

L'équipe de coordination de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation regroupe des professionnels et des techniciens spécialisés dans les études et l'analyse de l'information sociosanitaire. Les services offerts par l'équipe couvrent trois mandats interreliés, qui s'alimentent l'un et l'autre dans un continuum. Il s'agit de :

La surveillance, c'est-à-dire le suivi continu de l'état de santé de la population (fonction légale confiée exclusivement au ministre de la Santé et aux directeurs de santé publique).

L'évaluation, c'est-à-dire le suivi des activités du PNSP inscrites dans le Plan d'action régional en santé publique (2003-2006) et la vérification de l'atteinte des résultats (fonction de soutien à la planification).

La recherche, c'est-à-dire la documentation de certaines problématiques régionales ou locales par des activités de recherche (fonction de soutien à l'activité de santé publique).

Ces activités se font en étroite collaboration avec les professionnels des différents secteurs de la DRSP et de la RRSSSL. L'équipe offre également, au besoin, un soutien méthodologique aux professionnels de la DRSP et des autres directions de la RRSSSL.

Ces services s'adressent aux décideurs et aux planificateurs de la Régie régionale, de la Direction régionale de santé publique et des autres intervenants du réseau de la santé (MSSS, CLSC, etc.).

5.5 Le rôles et les responsabilités du CLSC

Dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec, le centre local de services communautaires (CLSC) joue un rôle de toute première importance.

Le CLSC est l'une des principales portes d'entrée du réseau de la santé. Desservant un territoire bien délimité, le CLSC a pour mission, par une approche globale, interdisciplinaire et communautaire, d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté. Il a également pour objectif de rendre plus responsables les individus et leurs proches dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être. C'est au CLSC qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés principalement sur la prévention.

De façon plus spécifique, en matière de santé publique, il travaille de concert avec la Direction régionale de santé publique afin de définir les orientations à privilégier dans la région. Par sa connaissance de son milieu et grâce à ses liens avec de multiples partenaires, il s'assure de la mise en œuvre des orientations et détermine les actions les plus appropriées à poser sur son territoire. Dans ce domaine, il assure le leadership dans les interventions menées avec les autres partenaires et organisations du réseau (centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, organismes communautaires, municipalités, écoles, etc.). Il exerce également une responsabilité particulière au niveau du suivi psychosocial des personnes atteintes lors d'un sinistre ou d'une situation d'urgence.

Par son service Info santé, le CLSC est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine; il fournit des conseils, de l'information ou des références sur tout problème de santé ou de nature sociale. Ce service permet également d'orienter les personnes au besoin vers la ressource la plus appropriée et de favoriser une utilisation judicieuse des ressources sociosanitaires.

Conclusion

Le présent plan représente l'offre de service de base échelonnée sur trois ans qui fait consensus auprès de l'ensemble des CLSC de la région des Laurentides. Il tient compte à la fois des cibles prioritaires du PNSP, de la réalité et des particularités de notre région. Nous devons maintenant examiner l'épineuse question de la faisabilité. Il va de soi que cet exercice ne peut se faire sans la collaboration des CLSC, qui sont parties prenantes de ce projet. C'est pourquoi, d'ici la fin de janvier 2004, la Direction de santé publique compte travailler en étroite collaboration avec les CLSC pour déterminer quelles sont les activités que nous sommes en mesure de réaliser avec les ressources actuellement disponibles et pour évaluer les besoins en termes de ressources supplémentaires. Rappelons que le portrait régional des ressources de santé publique, selon les domaines d'intervention prévus dans le Programme national de santé publique, produit au printemps 2002, constituera un outil de choix pour réaliser ce travail.

Au terme de cet exercice, la Direction de santé publique entamera des discussions avec le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les crédits requis pour réaliser ce plan. L'enveloppe budgétaire qui sera allouée pourrait venir modifier l'intensité et le rythme de déploiement des différentes activités.

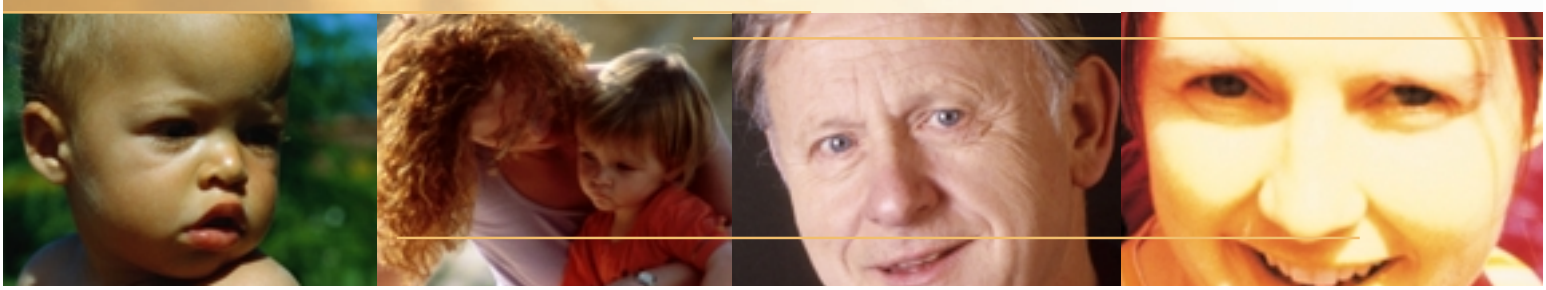
Une fois terminée, l'allocation intrarégionale des budgets se fera à partir de l'analyse des Plans d'action locaux qui seront produits par les CLSC.

Il convient de souligner que deux dossiers complémentaires et en soutien au PAR sont actuellement en développement.

En effet, un plan de communication est en cours d'élaboration. Ce plan vise à mieux faire connaître le rôle de la Direction de santé publique et à mobiliser les différents acteurs autour des objectifs poursuivis dans le présent document.

De plus, un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux des Laurentides est sur le point d'être déposé pour approbation par le conseil d'administration. Conformément à l'article 12 de la Loi sur la santé publique, ce plan prévoit les modalités de mobilisation par la Direction de santé publique, des ressources du réseau de la santé des Laurentides dans le cas de menaces à caractère biologique, chimique ou physique, qu'elles soient réelles ou appréhendées. Ces deux documents seront annexés au Plan d'action régional.

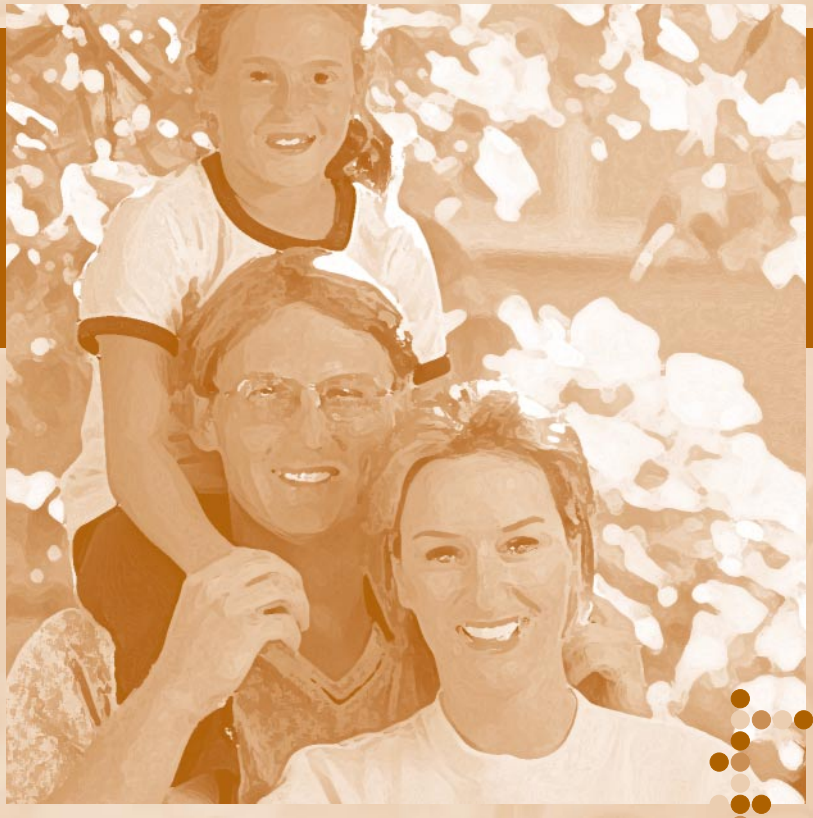
En terminant, afin de soutenir les CLSC dans l'élaboration de leur plan local, la Direction de santé publique des Laurentides a produit une série de fascicules présentant les données sociosanitaires les plus à jour de la région et des territoires de CLSC. Elle s'est également engagée à soutenir les CLSC dans leur demande d'élaboration de leur plan d'action local.



Liste des sigles et des acronymes

CAT	Centre d'abandon tabagique
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CMII	Comité mixte municipal industriel
CO	Monoxyde de carbone
CPE	Centre de la petite enfance
CPS	Centre de prévention du suicide
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSP	Direction générale de santé publique
DRAMH	Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
DRMG	Direction régionale de médecine générale
DROSMO	Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'oeuvre
DRSP	Direction régionale de santé publique
ESCC	Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes
ESPRI	Effets secondaires des produits immunisants
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MENV	Ministère de l'Environnement
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉGS	Naître égaux, Grandir en santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PES	Programme d'échange de seringues
PII	Programmes intégrés d'intervention
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SRAS	Syndrome respiratoire aigu spécifique
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UDI	Utilisateurs de drogues intraveineuses
VHC	Virus d'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

2



Programme

Services généraux

1. DÉFINITION DU PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - activités de santé publique - activités cliniques et d'aide

Les services généraux répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Les services généraux incluent des activités de santé publique qui s'inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d'aide.

Dans le contexte des services généraux, les activités de santé publique sont liées à des interventions de promotion et de prévention, en vue d'agir sur des facteurs qui favorisent la santé et diminuent les facteurs de risque qui menacent la santé, ou d'en diminuer les conséquences et de dépister précocement les maladies et les problèmes psychosociaux à un stade préclinique. Ces activités s'adressent à l'ensemble de la population, contribuent à la prévention et découlent du Programme national de santé publique.

Le Programme services généraux – activités cliniques et d'aide englobe les activités importantes des ex-CLSC, sans leur être complètement exclusif puisque, par exemple, certaines activités ambulatoires en centre hospitalier en font aussi partie.

Les services offerts pour répondre à une problématique particulière (santé mentale, santé physique, etc.) ou lors d'un épisode de soins spécialisés ne sont pas considérés comme appartenant au Programme services généraux - activités cliniques et d'aide. Ainsi :

- tous les services généraux sont des services de proximité, mais tous les services de proximité ne sont pas des services généraux;

- certains services sont dits conjoints, c'est-à-dire qu'ils peuvent être considérés à la fois comme des services cliniques et d'aide et des activités de promotion-prévention. Selon les données disponibles, ces services sont classés dans le Programme services généraux ou dans le Programme santé publique, ou encore, ils sont répartis entre ces deux programmes;

- les services de soutien à domicile de longue durée ne font pas partie du Programme services généraux – activités cliniques et d'aide, ce sont des services spécifiques. Les services pour les personnes postopérées et posthospitalisées font partie du Programme services généraux – activités cliniques et d'aide, car ce sont des services qui répondent à des besoins ponctuels.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Le tableau suivant indique le nombre de personnes et la proportion par rapport à la population totale par tranche d'âge ainsi que le taux d'accroissement pour la région des Laurentides.

Population de la région des Laurentides

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0- 5 ans	31 671	31 912	32 227	33 598	6,4%	1,8%	6,1%
6-11 ans	40 164	38 826	37 490	34 325	8,1%	-6,7%	-14,5%
12-17 ans	41 940	43 163	44 067	41 308	8,4%	5,1%	-1,5%
18-64 ans	327 496	332 899	337 246	352 807	65,7%	3,0%	7,7%
65-74 ans	34 248	35 213	36 605	44 121	6,9%	6,9%	28,8%
75+ ans	22 747	23 832	24 904	28 835	4,6%	9,5%	26,8%
Total	**498 266**	**505 845**	**512 539**	**534 994**	**100,0%**	**2,9%**	**7,4%**

Source : Institut de la statistique du Québec-2001

Les tableaux suivants indiquent le nombre de personnes et la proportion par rapport à la population totale par tranche d'âge ainsi que le taux d'accroissement pour chacun des sept réseaux locaux.

Population du réseau local Deux-Montagnes/Sud de Mirabel

Ages	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0- 5 ans	6 821	6 867	6 899	7 186	6,8%	1,1%	5,4%
6-11 ans	8 704	8 323	8 032	7 257	8,7%	-7,7%	-16,6%
12-17 ans	9 067	9 311	9 475	8 711	9,1%	4,5%	-3,9%
18-64 ans	65 843	66 844	67 669	70 710	66,1%	2,8%	7,4%
65-74 ans	5 490	5 663	5 871	7 290	5,5%	6,9%	32,8%
75+ans	3 743	3 871	4 027	4 610	3,8%	7,6%	23,2%
Total	**99 668**	**100 879**	**101 973**	**105 764**	**100,0%**	**2,3%**	**6,1%**

Source : Institut de la statistique du Québec – 2001

Population du réseau local Rivière du Nord/Nord de Mirabel

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	7 453	7 497	7 552	7 801	6,2%	1,3%	4,7%
6-11 ans	9 513	9 325	9 052	8 118	8,0%	-4,8%	-14,7%
12-17 ans	9 809	10 155	10 421	9 973	8,2%	6,2%	1,7%
18-64 ans	78 845	80 733	82 066	86 368	66,1%	4,1%	9,5%
65-74 ans	8 146	8 362	8 775	10 507	6,8%	7,7%	29,0%
75 + ans	5 590	5 908	6 172	7 144	4,7%	10,4%	27,8%
Total	**119 356**	**121 980**	**124 038**	**129 911**	**100,0%**	**3,9%**	**8,8%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

Population du réseau local Argenteuil

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	1 451	1 429	1 424	1 473	4,9%	-1,9%	1,5%
6-11 ans	1 973	1 879	1 783	1 565	6,7%	-9,6%	-20,7%
12-17 ans	2 264	2 277	2 293	2 050	7,7%	1,3%	-9,5%
18-64 ans	18 765	18 829	18 910	19 330	63,9%	0,8%	3,0%
65-74 ans	2 722	2 778	2 827	3 191	9,3%	3,9%	17,2%
75+ ans	2 203	2 268	2 338	2 540	7,5%	6,1%	15,3%
Total	**29 378**	**29 460**	**29 575**	**30 149**	**100,0%**	**0,7%**	**2,6%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

Population du réseau local Pays d'en Haut

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	1 523	1 572	1 634	1 769	4,5%	7,3%	16,2%
6-11 ans	1 785	1 750	1 697	1 742	5,3%	-4,9%	-2,4%
12-17 ans	2 078	2 122	2 168	2 005	6,2%	4,3%	-3,5%
18-64 ans	22 061	22 473	22 827	24 174	65,7%	3,5%	9,6%
65-74 ans	3 930	4 030	4 146	4 795	11,7%	5,5%	22,0%
75+ ans	2 225	2 356	2 512	3 025	6,6%	12,9%	36,0%
Total	**33 602**	**34 303**	**34 984**	**37 510**	**100,0%**	**4,1%**	**11,6%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

Population du réseau local Laurentides

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	2 102	2 170	2 226	2 408	5,2%	5,9%	14,6%
6-11 ans	2 570	2 462	2 356	2 353	6,3%	-8,3%	-8,4%
12-17 ans	2 924	2 968	2 991	2 773	7,2%	2,3%	-5,2%
18-64 ans	26 572	26 930	27 300	28 626	65,3%	2,7%	7,7%
65-74 ans	3 956	4 034	4 169	4 814	9,7%	5,4%	21,7%
75+ ans	2 563	2 671	2 764	3 155	6,3%	7,8%	23,1%
Total	**40 687**	**41 235**	**41 806**	**44 129**	**100,0%**	**2,8%**	**8,5%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

Population du réseau local Antoine Labelle

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	1 804	1 828	1 859	1 941	5,2%	3,0%	7,6%
6-11 ans	2 184	2 112	2 035	1 893	6,3%	-6,8%	-13,3%
12-17 ans	2 540	2 525	2 485	2 261	7,3%	-2,2%	-11,0%
18-64 ans	22 559	22 668	22 746	22 802	65,3%	0,8%	1,1%
65-74 ans	3 344	3 383	3 466	4 094	9,7%	3,6%	22,4%
75+ ans	2 135	2 240	2 345	2 643	6,2%	9,8%	23,8%
Total	**34 566**	**34 756**	**34 936**	**35 634**	**100,0%**	**1,1%**	**3,1%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

Population du réseau local Thérèse de Blainville

Âge	2 004	2 005	2 006	2 010	% par tranche d'âge 2004	% accroissement 2004 à 2006	% accroissement 2004 à 2010
0-5 ans	10 517	10 549	10 633	11 020	7,5%	1,1%	4,8%
6-11 ans	13 435	12 975	12 535	11 397	9,5%	-6,7%	-15,2%
12-17 ans	13 258	13 805	14 234	13 535	9,4%	7,4%	2,1%
18-64 ans	92 851	94 422	95 728	100 797	65,8%	3,1%	8,6%
65-74 ans	6 660	6 963	7 351	9 430	4,7%	10,4%	41,6%
75+ ans	4 288	4 518	4 746	5 718	3,0%	10,7%	33,3%
Total	**141 009**	**143 232**	**145 227**	**151 897**	**100,0%**	**3,0%**	**7,7%**

Source : Institut de la statistique du Québec- 2001

3. DONNÉES SUR L'OFFRE ACTUELLE DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES ACTUELLEMENT IMPLIQUÉS DANS L'OFFRE DE SERVICE.

Le concept des services généraux a été défini autour de la notion de 1re ligne, à partir des travaux entrepris par le comité national sur l'harmonisation des services généraux en CLSC, et à la suite des consultations menées dans la perspective d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Par l'implantation de ce programme le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'harmonisation du panier de services offert à toute la population par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Par ailleurs, plusieurs des activités de ce programme font présentement partie des activités de santé publique, des services courants des CLSC ou de l'Info-Santé.

Compte tenu de l'orientation de centralisation des services Info-Santé, nous traiterons les activités sous trois volets, soit les activités de santé publique, les activités cliniques et d'aide et les activités d'Info-Santé.

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

- Les ententes concernant les services d'Info-Santé :
  - ententes entre la centrale et deux CSSS concernant la bascule des appels de soir et de nuit (CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel et CSSS Rivière de Nord/ Nord de Mirabel);
  - entente entre la centrale et quatre CSSS concernant la prise des appels Info-Santé en tout temps (CSSS Antoine Labelle, CSSS Pays-d'en-Haut, CSSS des Sommets, CSSS Argenteuil);
  - entente entre la centrale et les GMF (GMF de la Rouge, GMF Mont-Tremblant, GMF de Lorraine);

- les ententes concernant différents services avec les organismes communautaires;

- les ententes entre les CSSS et des écoles du territoire (Villes et villages en santé);

- les ententes entre les CSSS et les GMF :
  - entente entre le CSSS des Laurentides et le GMF de la Rouge;
  - entente entre le CSSS des Sommets et le GMF Mont-Tremblant;

- entente entre le CSSS Thérèse-De Blainville et le GMF de Lorraine;

↳ Les ententes concernant des analyses de laboratoire.

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

MSSS. *Les services généraux offerts par les instances locales de services de santé et de services sociaux*, mai 2004.

La définition de l'offre de service généraux en CLSC a été reprise dans la perspective d'une nouvelle organisation de services de santé et de services sociaux intégrés autour du concept de 1re ligne.

MSSS. *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF)-Guide d'accompagnement, version préliminaire*, septembre 2003.

Ce modèle GMF favorise l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et services à la clientèle inscrite. La volonté de développer des liens de complémentarité avec l'ensemble du réseau vise à améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux.

MSSS. *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003

Le Programme national de santé publique définit les activités à mettre en œuvre au cours des dix prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physiques et psychosociales. L'objectif ultime visé par le programme est d'assurer la cohérence des activités de santé publique sur l'ensemble du territoire québécois et de déterminer une offre de service préventifs commune à toutes les régions et à tous les territoires locaux.

MSSS. *Révision du rôle et de l'organisation du service Info-Santé, constats et orientations préliminaires*, rapport d'étape, novembre 2004

En juin dernier, le Ministère a entamé des travaux afin de proposer des ajustements aux services Info-Santé en fonction des nouveaux besoins de la population et des nouvelles réalités organisationnelles du réseau de la santé. Ces travaux trouvent leur justification dans certains éléments de contexte et certains besoins émergeants, ainsi que dans des situations problématiques relatives au service Info-Santé.

Le rapport en résultant fait état de plusieurs constats et propose différentes orientations et solutions. Cependant, il est clair que les services Info-Santé/Social devront minimalement être sur une base régionale et seront reliés entre eux en réseau.

MSSS. *Analyse hors laboratoire, directives québécoises*, septembre 2001

Ces directives encadrent les analyses effectuées à l'extérieur de la structure habituelle du laboratoire de l'établissement. Elles ont pour but de fournir à la direction et au personnel des établissements un guide utile sur l'encadrement qu'il convient d'accorder aux analyses hors laboratoire. Il précise ce qui doit être mis en place dans un établissement afin que les normes de performance adaptées à l'utilisation médicale de ces analyses puissent être appliquées.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) a la responsabilité de rendre accessibles à la population de son territoire les activités de santé publique et les activités cliniques et d'aide suivantes.

ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

4.1 ACCUEIL ET INFORMATION

Info-Santé

Les activités de santé publique du service Info-Santé seront présentées à la fin du présent chapitre.

Campagnes de communication

Les campagnes nationales ou régionales de promotion de la santé et du bien-être et de prévention nécessitent la mise en place d'activités au niveau régional et local pour renforcer leurs messages pour qu'elles soient efficaces. Ce service s'inscrit dans la continuité et en soutien des activités de communication sociétales.

4.2 SANTÉ PHYSIQUE

Prévention des traumatismes non intentionnels

Ce service regroupe différentes interventions (information, sensibilisation) concernant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes routiers récréatifs et sportifs ainsi que la prévention des blessures à domicile, notamment, les blessures chez les tout jeunes enfants et les chutes chez les personnes âgées.

Prévention des maladies chroniques

Ces services incluent le *counselling* sur les habitudes de vie ainsi que des activités d'information, de documentation, d'orientation et de suivi pour soutenir la modification des habitudes de vie de façon à prévenir l'apparition des maladies chroniques. Ils incluent également la promotion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et la promotion des pratiques cliniques préventives relatives aux habitudes de vie et aux maladies chroniques.

Vaccination des clientèles à risque

La vaccination se fait selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), et ce, auprès des clientèles ciblées à l'intérieur de certains programmes spécifiques de vaccination. Ce service consiste à offrir la vaccination annuelle contre l'influenza, la vaccination contre le pneumocoque, les hépatites virales A et B ainsi que d'autres maladies infectieuses auprès des différentes clientèles visées par chacun des programmes de vaccination.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Sous l'encadrement professionnel de la Direction régionale de santé publique (DRSP), l'infirmière et le médecin collaborent aux enquêtes épidémiologiques et aux interventions, et ce, dans le but de diminuer la transmission des maladies infectieuses à déclaration obligatoire et les éclosions de maladies infectieuses transmissibles dans la population et chez les personnes susceptibles d'avoir été exposées.

L'établissement doit signaler au directeur de santé publique toute situation où il y a un motif de croire qu'il existe une menace à la santé de la population, et lorsqu'une personne ne respecte pas les mesures de prophylaxie prévues au règlement.

Prévention et dépistage du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement

Ce service consiste à organiser des activités de prévention dans le but d'informer et sensibiliser la population ou des groupes de personnes présentant des facteurs de risque. Il comprend également le *counselling* et le dépistage auprès des personnes infectées et leurs partenaires ainsi qu'auprès de groupes présentant des facteurs de risque.

4.3 PRÉVENTION DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

Ces services ont pour objet de prévenir des problèmes psychosociaux par des interventions de groupe et par le recours à des pratiques cliniques préventives. Présentement, le Programme national de santé publique propose des activités de groupe afin de prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool, les troubles anxieux et dépressifs, le suicide ainsi que les agressions sexuelles et la violence conjugale.

D'autres activités de prévention des problèmes psychosociaux, incluant les problèmes de santé mentale, s'ajouteront à la suite de la révision du programme et suivant la diffusion de nouvelles connaissances sur les interventions efficaces en la matière.

4.4 PÉRINATALITÉ, PETITE ENFANCE, JEUNES EN MILIEU SCOLAIRE ET LEURS PARENTS

Service d'information en période périnatale

L'information peut être transmise sous différentes formes.

Les rencontres prénatales de groupe[20] sont un moyen souvent privilégié. Elles consistent à informer et conseiller les couples qui attendent un enfant. Elles leur favorisent également l'échange entre eux.

Les rencontres offertes individuellement (situation particulière de prescription de repos strict au lit, grossesse à risque élevé (GARE), etc.) ou adaptées à une clientèle précise (adolescentes enceintes, clientèles des services intégrés en périnatalité et petite enfance auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité, etc.) font partie de l'offre de service spécifiques en matière de périnatalité.

Promotion de l'allaitement maternel (Amis des bébés)

Conformément aux lignes directrices en matière d'allaitement (MSSS 2001), les activités proposées ont pour objet de favoriser l'allaitement maternel. Ce service offre des activités de promotion de l'allaitement maternel par l'entremise de rencontres de groupe ou de campagnes publicitaires auprès des femmes enceintes, des femmes venant d'accoucher et des conjoints. Ces activités permettent d'assurer la mise en place de mesures sociales essentielles pour faciliter l'allaitement maternel. En second lieu, la promotion de l'allaitement maternel se fait principalement par la mise en œuvre de l'Initiative Amis des bébés. Le titre « Amis des bébés » est attribué aux établissements qui réussissent une évaluation externe suivant différents critères à respecter pour encourager l'allaitement maternel.

[20] Les rencontres prénatales de groupe n'ont pas été retenues dans le Programme national de santé publique, car l'efficacité de cette mesure n'est pas établie scientifiquement. Par ailleurs, puisque de telles rencontres sont offertes dans plusieurs territoires, la description de ce service est incluse dans le présent document.

Rencontres d'éducation parentale (0-4 ans)

Ce service propose des rencontres de groupe afin d'informer, conseiller, aider et soutenir les parents dans l'exercices de leur rôle éducatif. Les rencontres peuvent porter sur différents thèmes (dépression postnatale, développement de l'enfant (moteur, langagier, cognitif et social), alimentation, santé buccodentaire, discipline, etc.) et sont animées par différentes personnes-ressources (infirmière, nutritionniste, ergothérapeute, psychoéducateur, hygiéniste dentaire, travailleur social, etc.).

Vaccination des nourrissons et des jeunes enfants

Le service inclut l'information et la vaccination de base, la vaccination de clientèles vulnérables et la vaccination de masse d'urgence, au besoin, des nourrissons et des jeunes enfants.

La vaccination de base consiste à vacciner les nourrissons et les jeunes enfants d'âge préscolaire, et cela, selon les indications du Programme d'immunisation du Québec.

La vaccination de clientèle vulnérable consiste à vacciner les enfants présentant des facteurs de vulnérabilité à certaines maladies.

La vaccination de masse d'urgence consiste à vacciner des jeunes en cas d'éclosion ou de pandémie.

Promotion et prévention auprès des jeunes en milieu scolaire (5-17 ans)

Dans le cadre d'une intervention globale et concertée en matière de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé ainsi que des problèmes psychosociaux en milieu scolaire, les interventions de ce service peuvent être individuelles, de groupe ou collectives.

La promotion et la prévention en milieu scolaire incluent les services du type « clinique jeunesse » destinés à prévenir les grossesses à l'adolescence et les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ces services incluent des services-conseils et des interventions relatifs à l'éducation sexuelle ainsi qu'à l'action préventive, notamment en matière de VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Vaccination des jeunes en milieu scolaire

Ce service vise à offrir l'information et la vaccination aux jeunes en milieu scolaire, selon le calendrier prévu par le Programme d'immunisation du Québec et la vaccination de masse.

Prévention en matière de santé dentaire

Ce service consiste à offrir le dépistage des enfants à risque de carie dentaire, l'éducation à la santé dentaire ainsi que le traitement préventif.

4.5 PRÉVENTION ET PROMOTION EN MILIEU DE TRAVAIL

Programme spécifique en milieu de travail

Ce service élabore et met en application des programmes de santé propres aux milieux de travail par la détermination et l'évaluation des risques, la surveillance de la santé, l'information ainsi que la formation sur les risques et les moyens de se protéger.

Programme « Pour une maternité sans danger »

La CSST confie au réseau de la santé et des services sociaux des responsabilités particulières dans le contexte de l'application du programme « Pour une maternité sans danger ». Celui-ci permet à la femme enceinte ou qui allaite d'être réaffectée à des tâches ne présentant pas de danger pour elle-même ni pour l'enfant à naître ou allaité, ou d'être retirée du travail lorsque cette affectation n'est pas possible.

Ce service consiste, par la réalisation d'études d'hygiène industrielle suite aux demandes de retraits préventifs, à répondre aux demandes de consultations médicales et à soutenir la mise en œuvre d'une politique de réaffectation.

Études d'hygiène industrielle pour les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles

À la demande de la CSST, des études d'hygiène industrielle sont effectuées dans le but de traiter les demandes d'indemnisation pour des maladies professionnelles. Pour la réalisation de ces études, un représentant du milieu de travail visé doit rencontrer le travailleur afin de tracer son histoire professionnelle, d'implanter les mesures d'hygiène industrielle dans le milieu de travail, de rédiger le rapport et de le transmettre à la CSST.

Programmes provinciaux d'intervention en milieu de travail

Ce service collabore à l'application des programmes provinciaux d'intervention par la détermination et l'évaluation des risques, la surveillance de la santé, l'information et la formation sur les risques.

Interventions de promotion et de prévention en matière de problèmes psychosociaux et de maladies chroniques en milieu de travail

Avec l'accord des milieux de travail, ces interventions visent la promotion de saines habitudes de vie et de comportements favorables à la santé (saine alimentation, pratique régulière de l'activité physique) ainsi que la prévention des problèmes psychosociaux (ex. : consommation excessive d'alcool et autres toxicomanies, suicide) et des maladies chroniques.

4.6 INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

L'intervention communautaire s'adresse à des collectivités. Elle s'appuie sur une connaissance globale des paramètres sociaux, culturels, économiques et démographiques d'une communauté. Elle permet, d'une part, de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être présents afin d'orienter les services du CSSS. D'autre part, elle permet d'organiser, en collaboration avec les acteurs présents, les actions de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé (inégalité des revenus, exclusion sociale, conditions de travail, éducation, etc.).

L'intervention communautaire devrait généralement faire partie d'une action planifiée du CSSS et être instaurée par ce dernier. L'intervention communautaire peut aussi être amorcée à partir d'un besoin observé ou d'une demande formulée par un individu ou un groupe d'individus, un organisme ou un regroupement d'organismes communautaires.

4.7 INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE EN CAS D'URGENCE ET DE SINISTRE

Ce service comporte à la fois un volet de santé publique et un volet clinique et d'aide (re : activité 4.8, des services cliniques et d'aide).

Le gouvernement a adopté un plan national de sécurité civile indiquant les missions des différents ministères et organismes gouvernementaux lors d'un sinistre majeur. Dans le contexte de la mission « Santé », le Ministère prévoit que les CSSS ont un rôle d'intervention psychosociale et d'organisation de services de santé de 1re ligne. Ce service consiste donc à offrir de l'aide et du soutien psychosocial individuel ou collectif, des services de santé physique et de santé publique pour les personnes et les groupes touchés par un sinistre ou une catastrophe accidentelle ou naturelle ainsi que des services de soutien psychosocial lors de certains événements traumatisants.

ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

4.8 ACCUEIL, INFORMATION, ACCOMPAGNEMENT ET RÉFÉRENCE PERSONNALISÉE

Ce service constitue souvent le premier contact de la personne avec le CSSS. Il comprend plusieurs volets, soit l'accueil, la réponse à une demande d'information, la prise de rendez-vous sur place ou par téléphone, et la référence personnalisée vers les services ou les ressources appropriés du milieu.

4.9 SOINS INFIRMIERS

Info-Santé

Les activités de soins infirmiers du service Info-Santé seront présentées à la fin du présent chapitre.

Intervention en soins infirmiers

Ces activités comprennent différentes fonctions dont l'évaluation de la condition de santé liée au problème présenté, les mesures diagnostiques, les soins et les traitements, le *counselling* et l'enseignement ainsi que l'orientation vers les ressources appropriées en lien avec les partenaires directement visés pour la continuité des soins, tels que les médecins référents et les autres services offerts dans le CSSS.

Ce service est accessible avec ou sans rendez-vous, le jour, le soir et la fin de semaine.

Intervention en matière de sexualité, de planification des naissances, de suivi pré- et post-IVG

Ce service consiste à offrir de la consultation individuelle, principalement par du personnel infirmier en collaboration avec les services médicaux et psychosociaux.

Ce service comprend plusieurs volets dont l'information, les conseils, l'aide enseignement sur la sexualité et la contraception. Il offre des examens diagnostiques et des traitements, le jour, le soir, avec ou sans rendez-vous. Cependant, les conseils et l'information pré- et post-IVG sont offerts avec rendez-vous.

Enseignement de base auprès des personnes atteintes de maladie chronique

Ce service d'information et d'enseignement de base est offert aux personnes atteintes d'une maladie chronique identifiée, et ce, afin de favoriser une prise en charge de leur état de santé. L'enseignement de base fait à l'intérieur des services généraux permet d'outiller la personne atteinte et ses proches, principalement lors de l'annonce du diagnostic. L'enseignement peut se faire individuellement ou en groupe et consiste généralement en une ou deux rencontres de quelques heures d'enseignement structuré. Cela permet d'évaluer l'état des connaissances de la personne, d'établir avec elle ses objectifs d'apprentissage et d'évaluer sa volonté de modifier ses comportements. Ce service est surtout donné par des infirmières qui, au besoin, orientent la personne vers des ressources appropriées afin que l'enseignement soit plus spécifique (inhalothérapeute, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, psychologue). Ce service est offert de jour et certains soirs sur rendez-vous.

Contact suite à une grossesse

La déclaration ou l'avis de grossesse fait par le médecin traitant, la sage-femme ou par le centre hospitalier, constitue la référence systématique d'une femme enceinte. Cette modalité permet au CSSS de connaître toutes les femmes enceintes de son territoire.

Le service offert par le CSSS consiste à donner de l'information et des conseils d'usage par un contact téléphonique systématique à toutes les femmes enceintes qui y ont préalablement consenti.

Soutien à l'allaitement maternel

Conformément aux lignes directrices en matière d'allaitement, ce soutien a pour objet de fournir aux mères qui allaitent les connaissances, de même que le soutien des ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de l'allaitement. Il inclut également toute mesure permettant d'aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs. Ces activités sont réalisées lors de rencontres individuelles.

Visite systématique postnatale et postadoption

Ce service consiste à offrir aux familles, résidant sur le territoire d'un CSSS, des conseils, de l'information et une évaluation relativement à l'état de santé du nouveau-né ou de l'enfant adopté ainsi que de la mère. Ces activités sont offertes par une visite systématique à domicile, au plus tard trois jours après la sortie du centre hospitalier ou cinq jours après la naissance ou encore quinze jours après l'arrivée de l'enfant adopté.

Service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant

Ce service consiste en des interventions individuelles pour soutenir les parents au cours des premières années de vie de l'enfant et durant la période préscolaire, c'est-à-dire quand l'enfant est âgé de 2 à 5 ans. Ce service vise l'information, les conseils et l'aide aux parents ainsi que la surveillance du développement du nouveau-né et du jeune enfant par des rencontres individuelles.

4.10 SOUTIEN DIAGNOSTIQUE

Les services de soutien diagnostique regroupent les activités qui viennent appuyer un diagnostic médical ou l'évaluation des conditions de santé d'une personne, soit les activités liées aux prélèvements d'échantillons biologiques (sang, urine, selles, expectorations) et divers tests diagnostiques. L'accessibilité aux services de prélèvements ainsi que la présence des plateaux techniques de laboratoire ou de radiologie varient selon l'organisation régionale des services. Cependant, ces services doivent être offerts sur référence au moins cinq jours par semaine, avec ou sans rendez-vous.

4.11 NUTRITION

Les services généraux de nutrition s'adressent, notamment, à des personnes qui souffrent de dénutrition ou qui sont atteintes de problèmes de santé, souvent chroniques, exigeant une alimentation particulière. Ce service vise l'information,

l'évaluation de l'alimentation et de l'état nutritionnel, des conseils nutritionnels, un suivi de diètes particulières ainsi qu'un dépistage de problèmes alimentaires. Ce service est offert par rencontres individuelles ou de groupe, sur rendez-vous et sur référence, cinq jours par semaine.

4.12 PHYSIOTHÉRAPIE

Les services de physiothérapie évaluent et traitent principalement les problèmes qui affectent la fonction physique des individus, plus précisément, une incapacité ou des difficultés concernant le système musculosquelettique et neurologique. Dans le contexte des services généraux, les traitements de physiothérapie se caractérisent par des interventions à court terme, pour des problèmes moins complexes que les interventions effectuées par des services spécialisés de réadaptation. Ce service est offert sur référence et rendez-vous, cinq jours par semaine.

4.13 INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES

Consultations psychosociales

Les interventions psychosociales comprennent des activités d'évaluation et d'orientation personnalisée, de même que des activités de conseil et de suivi thérapeutique.

Les activités d'évaluation de la demande de service et l'orientation personnalisée constituent la porte d'entrée aux services psychosociaux pour toute personne, peu importe le problème présenté. L'évaluation de la demande de services a pour objet de circonscrire les besoins d'une personne en difficulté et de tracer, s'il y a lieu, des pistes d'interventions appropriées. Ce service est accessible par téléphone ou dans les locaux du CSSS et il est offert de jour, de soir et les fin de semaines.

Les activités de conseil et de suivi thérapeutique ont pour objet d'assister les personnes et leurs proches dans la résolution de leurs problèmes. Ce service est accessible dans les locaux du CSSS ou à domicile, de jour, de soir et les fin de semaines

Consultations psychologiques

Le service de consultation psychologique a pour objet d'amener un changement du fonctionnement psychologique d'une personne dans le but d'accroître son bien-être personnel. Ce service comprend une évaluation et des interventions psychothérapeutiques individuelles, conjugales, familiales ou de groupe dans plusieurs contextes dont celui de l'intervention de crise. Ce service est accessible sur référence et sur rendez-vous dans les locaux du CSSS de jour et certains soirs de semaine.

4.14 AIDE À DOMICILE À COURT TERME

Dans le contexte des services généraux, les services d'aide à domicile à court terme permettent de compenser une incapacité temporaire de la personne généralement survenue à la suite d'une hospitalisation ou d'une opération chirurgicale. Compte tenu de l'évaluation des besoins de la personne et de la capacité de ses proches à l'aider, ces services sont offerts, pour une période de temps limitée, à des personnes qui ne présentent pas d'incapacité persistante ou qui ne sont pas suivies par des services spécifiques.

Les personnes qui reçoivent déjà des services d'aide à domicile dans le contexte de services spécifiques pourront bénéficier d'une augmentation temporaire de ceux-ci, pour une courte période. Il s'agit de services additionnels en raison d'une hospitalisation ou d'une opération chirurgicale. Ces services sont accessibles sur référence.

4.15 INTERVENTION EN CAS D'URGENCE OU DE SINISTRE

Ce service comporte à la fois un volet de santé publique et un volet clinique et d'aide (re. : activité 4.7, des services de santé publique).

Le gouvernement a adopté un plan national de sécurité civile indiquant les missions des différents ministères et organismes gouvernementaux lors d'un sinistre majeur. Dans le contexte de la mission « Santé », le Ministère prévoit que le CSSS a un rôle d'intervention psychosociale et d'organisation de services de santé de 1re ligne. Ce service consiste donc à offrir de l'aide et du soutien psychosocial individuel ou collectif, des services de santé physique et de santé publique aux personnes et aux groupes touchés par un sinistre ou une catastrophe accidentelle ou naturelle ainsi que des services de soutien psychosocial lors de certains événements traumatisants.

4.16 SUIVI COMPLET DE MATERNITÉ PAR UNE SAGE-FEMME

Ce service concerne le suivi d'une grossesse normale par une sage-femme et comprend l'ensemble des services nécessaires tout au long de son déroulement, soit la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, le suivi prénatal individuel, des rencontres prénatales de groupe, le suivi pendant le travail et l'accouchement ainsi que le suivi postnatal. Les sages-femmes, comme actrices de 1re ligne, assurent les soins nécessaires et si des complications surviennent, elles voient à la consultation d'un médecin ou au transfert de la mère ou du nourrisson vers le centre hospitalier.

4.17 CONSULTATIONS MÉDICALES

Consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS

Des consultations médicales sont offertes par des omnipraticiens aux services externes situés dans les CSSS. Elles viennent répondre à des problèmes imprévisibles ou épisodiques.

Les consultations médicales offertes dans le contexte des services généraux sont ponctuelles. Elles n'entraînent pas un suivi à long terme, ni une intégration de différents services. Elles sont limitées dans le temps. Lorsque le problème de santé diagnostiqué demande un suivi à long terme et une certaine intégration des services, les personnes sont alors dirigées vers le médecin qui les suit habituellement.

Ce service est offert avec ou sans rendez-vous, le jour, le soir et la fin de semaine et parfois dans un contexte d'urgence mineure.

Groupe de médecine de famille (GMF) situé dans un CSSS

Ce service assure des prestations médicales en CSSS par des omnipraticiens travaillant en groupe avec la collaboration d'infirmières et autres professionnels liés au GMF. Ces groupes de médecins offrent une gamme de services définis à des citoyens qui les auront choisis. Ce choix s'exprime par une inscription volontaire, c'est-à-dire, une entente entre le patient et le médecin. Ce service est offert avec ou sans rendez-vous, également le soir, la fin de semaine et les jours fériés.

ACTIVITÉS INFO-SANTÉ

4.18 SERVICES INFO-SANTÉ

Ce service comporte à la fois un volet de santé publique et un volet clinique et d'aide. Il consiste à offrir à la population une consultation professionnelle téléphonique. Cette consultation permet d'évaluer sommairement la situation biopsychosociale de la personne et d'en déterminer le degré d'urgence. Elle lui procure de l'information, des conseils et de l'enseignement convenant à sa situation et la dirige vers les ressources appropriées, s'il y a lieu.

Ce service assure la continuité d'accès aux services pour les personnes désignées par les CSSS ou les groupes de médecine de famille (GMF), en dehors de heures d'ouverture. Si nécessaire, la personne est dirigée vers la ressource appropriée. Elle peut aussi, selon le besoin, recevoir à domicile la visite d'un professionnel de garde.

Garde en soins infirmiers « 24/7 »

Ce service assure la disponibilité du personnel infirmier pour se rendre dans le milieu de vie d'une personne en difficulté et préalablement inscrite pour avoir accès à ce service. Ce service est offert en dehors des heures d'ouverture du CSSS.

Garde psychosociale « 24/7 »

Ce service fait généralement suite à une référence effectuée par téléphone. Il se caractérise par une intervention thérapeutique intense et immédiate. Cela permet de diminuer l'intensité de la détresse, de dédramatiser la situation, de prendre les mesures immédiates pour assurer la sécurité de la personne et de ses proches et d'établir les conditions de suivi. Selon la gravité des problèmes présents, l'orientation peut-être immédiate vers les ressources appropriées ou se faire en fonction de l'application de protocoles existants. Cette intervention peut se dérouler dans les locaux du CSSS, à domicile ou dans d'autres lieux.

En dehors des heures d'ouverture du CSSS, le service assure la disponibilité d'un intervenant psychosocial prêt à se rendre dans le milieu de vie d'une personne, si besoin. Les intervenants psychosociaux agissent également en collaboration avec la police en vertu du projet de loi P-38 et partagent certaines responsabilités conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse. Les interventions psychosociales d'urgence peuvent également être assujetties à des applications de différents protocoles sociojudiciaires (ex. : agression sexuelle, contrevenants, etc.). À la suite des interventions effectuées dans le contexte de la garde psychosociale, un suivi, une référence ou un accompagnement auprès des autres services est fait, s'il y a lieu.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIATS

Le concept de responsabilité populationnelle implique que le CSSS doit assurer à la population de son territoire une réponse appropriée à ses besoins, et ce, dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être. À cet égard, le CSSS est le principal dispensateur de la gamme des services décrits dans le Programme des services généraux. Il est responsable d'assurer l'accessibilité à ces services, d'orienter la population vers les services appropriés à ses besoins et de favoriser la continuité, la coordination et la fluidité des actions des divers partenaires qui offrent des services à la population de son territoire.

Le CSSS est donc responsable de créer ou favoriser des liens de collaboration au moyen d'ententes ou d'autres modalités avec ses partenaires du réseau local (médecins de famille, pharmacies, organismes communautaires, écoles, etc.) et d'assurer la fluidité entre les services 2e et 3e lignes présents au niveau local, régional ou suprarégional.

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Les services généraux regroupent divers activités et services offerts auparavant selon des modalités de prestation et d'accessibilité différentes selon les organisations. Les orientations du Programme des services généraux sont d'offrir à la population québécoise une gamme de services harmonisés et similaires d'un territoire à l'autre et d'assurer que cette population puisse trouver réponse à son besoin ou encore qu'elle puisse être orientée vers les services les plus appropriés à son besoin. La mise en oeuvre du Programme des services généraux exigera des investissements tant pour assurer la disponibilité des services que pour modifier leur organisation ou mettre en place les structures pour les offrir.

Ces éléments font actuellement ou devront faire l'objet de travaux particuliers tant au niveau local, régional que provincial. Ils nécessiteront une grande cohérence des actions locales, régionales et ministérielles.

6.1 DÉFIS NON LIÉS À UNE ACTIVITÉ

Défis organisationnels

- Définir la structure organisationnelle pour assurer le déploiement des services généraux;
- définir les lieux d'accès géographique pour les services généraux;
- développer la gamme de services afin d'en assurer l'offre à la population.

Défis de continuité

- Assurer une continuité et une cohérence entre les activités de santé publique et les activités cliniques et d'aide dans le Programme des services généraux;
- assurer la fluidité des services entre le Programme des services généraux et les autres programmes-services à l'intérieur du CSSS (établir des processus de référence);
- élaborer des stratégies favorisant la collaboration avec les médecins du territoire et avec les autres partenaires concernés par cette gamme de services (pharmaciens, organismes communautaires, etc.);

- définir des modalités pour assurer la continuité de services avec les médecins de famille (trajectoire de l'épisode de soins);

- élaborer des outils de liaison avec les médecins de famille et les autres acteurs du réseau.

Défis d'implantation

- Déterminer les activités prioritaires à développer en lien avec les cibles provinciales, régionales et locales;

- assurer une offre de service minimale répondant aux besoins de la population territoriale;

- harmoniser les systèmes d'information afin d'évaluer les impacts des actions entreprises (ex. : mesure de la couverture vaccinale d'une population);

- Créer des interfaces technologiques pour assurer les liaisons.

Défis de formation

- Élaborer des activités de formation dans les secteurs ciblés pour assurer une standardisation et la qualité des pratiques.

Défis financiers

- Développer et protéger les ressources humaines et financières requises pour assurer le développement et l'implantation des services généraux;

- clarifier le financement des activités de santé publique contenues dans les services généraux, c'est-à-dire le financement par programme et les contours budgétaires. Les activités de santé publique contenues dans les services généraux appartiennent-elles au contour budgétaire des services généraux ou à celui de santé publique?

- clarifier la démarcation de l'imputation budgétaire des activités des services généraux et des services de santé physique (services sociaux, services de santé).

6.2 DÉFIS LIÉS AUX DIFFÉRENTES ACTIVITÉS

ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Défi lié à l'Info-Santé

Les défis relatifs à Info-Santé seront traités à la fin du présent chapitre.

Défi lié aux campagnes de communication

- S'assurer que les campagnes de communication sont bien en lien et en continuité avec les objectifs du Programme national de santé publique, du PAR et des PAL (Agence, CSSS).

Défis liés à la prévention des traumatismes non intentionnels

- Développer l'expertise régionale pour être capable de soutenir le réseau (Agence);
- travailler avec les acteurs des autres secteurs, comme le MTQ, le MENV, le MAMSL, etc. (Agence, CSSS);
- déterminer des outils de dépistage uniformes sur une base régionale (Agence, CSSS);
- établir des cibles régionales (Agence).

Défis liés à la prévention des maladies chroniques

- Établir des liens de concertation et de collaboration avec les médecins de famille et les autres partenaires (pratiques cliniques préventives) (CSSS);
- Créer des outils uniformes sur une base régionale pour les médecins : *counselling*, dépistage, prévention (Agence CSSS);
- faire participer l'ensemble de la population à la prévention des maladies chroniques : tabagisme, activité physique, nutrition (Agence ,CSSS).

Défis liés à la vaccination des clientèles à risques

- Connaître et rejoindre la clientèle visée (fichier central de vaccination)(CSSS);

- garantir l'accessibilité et la qualité des services dans les CSSS et les cliniques médicales (CSSS);

- vacciner les professionnels de la santé contre l'influenza (CSSS).

Défis liés à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses

- Assurer les services en fonction de l'accroissement du volume des activités (CSSS);

- assurer une vigie sanitaire à l'égard des maladies à déclaration obligatoire (MADO) (CSSS);

- répondre en temps réel aux conséquences d'une déclaration de MADO (CSSS).

Défis liés à la prévention et au dépistage du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement (ITSS)

- Garantir l'accessibilité dans chacun des réseaux locaux (CSSS);

- rejoindre les clientèles à risque dans tous les milieux de vie (CSSS);

- travailler en partenariat avec l'ensemble des ressources du réseau : médecins, pharmaciens, travailleurs de rue et des autres secteurs (CSSS);

- établir des conditions structurantes permettant aux infirmières de travailler dans le cadre de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, sanctionnée en juin 2002 (CSSS).

Défis liés à la prévention des problèmes psychosociaux

- Intervenir en amont des problèmes psychosociaux et miser sur les forces et les capacités des individus et des collectivités (CSSS);

- connaître et implanter les programmes évalués efficaces (CSSS);

- assurer le partenariat avec l'intersectoriel (CSSS);

- assurer le lien avec les plans d'action locaux (PAL) en fonction des orientations et objectifs (CSSS);

- reconnaître chacune des particularités (CSSS);

- améliorer l'arrimage entre les CSSS et les écoles afin de prioriser les activités de façon commune (CSSS);

- améliorer l'arrimage de l'entente MSSS-MEQ (CSSS);

- développer davantage le partenariat entre les CSSS, les écoles afin de prioriser les activités de façon commune (CSSS).

Défi lié à l'information en période périnatale

- Cette activité n'est pas retenue dans le Programme national de santé publique, ni dans le Plan d'action régional de santé publique, car l'efficacité de cette mesure n'est pas établie scientifiquement (CSSS).

Défis liés à la promotion de l'allaitement maternel

- Apporter un soutien à la mère qui allaite le plus tôt possible après la sortie de l'hôpital (CSSS);

- favoriser l'uniformité de l'approche des différents secteurs d'activités : hôpital, 1re ligne, organismes communautaires (CSSS);

- veiller à ce que le respect des critères de reconnaissance du programme « Ami des bébés » n'induise pas l'épuisement des ressources en allaitement au détriment des activités de promotion de l'allaitement (CSSS).

Défi lié aux rencontres d'éducation parentale (0-4 ans)

- Cette activité n'est pas retenue dans le Plan d'action régional de santé publique (PAR).

Défi lié à la vaccination des nourrissons et des jeunes enfants

- Assurer un service de qualité autant dans les CSSS que dans les cliniques médicales (CSSS).

Défis liés à la promotion prévention auprès des jeunes en milieu scolaire (5-17 ans)

- Consolider le partenariat entre les CSSS, les écoles et les organismes communautaires;

- impliquer des ressources des CSSS dans la promotion et la prévention en milieu scolaire (CSSS).

Défi lié à la vaccination des jeunes en milieu scolaire

- Disposer des ressources nécessaires pour ne pas hypothéquer les autres interventions de promotion et de prévention en milieu scolaire (CSSS).

Défis liés à la prévention en matière de santé dentaire

- Déployer et respecter les balises du nouveau programme de santé dentaire publique (CSSS);

- disposer des ressources humaines et financières suffisantes pour assurer la deuxième application de flurorure (CSSS).

Défis liés au programme en milieu de travail

- Maintenir les services dans un contexte de contraintes budgétaires (CSSS);

- sensibiliser la CSST à l'impact de la surdité professionnelle sur la santé des travailleurs (CSSS).

Défi lié au programme « Pour une maternité sans danger »

- Harmoniser les recommandations pour que toutes les femmes ciblées par le programme aient la même réponse à leur demande quelle que soit la région (CSSS).

Défi lié à l'intervention de promotion et de prévention en matière de problèmes psychosociaux et de maladies chroniques en milieu de travail

- Identifier les problèmes psychosociaux en émergence dans les milieux de travail (CSSS).

Défis liés aux interventions communautaires

- Maintenir et développer les interventions communautaires à l'intérieur des CSSS (CSSS);

- développer les liens avec l'intersectoriel du réseau local (CSSS).

Défi lié à l'intervention en matière de santé publique en cas d'urgence

- Répondre, en temps réel, aux situations d'urgence ou de sinistre, par la mobilisation des ressources locales (CSSS).

ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Défis liés à Info-Santé

Les défis relatifs à l'Info-Santé seront traités à la fin du présent chapitre.

- Développer une fonction de triage pour une orientation rapide selon le besoin de santé ou psychosocial (CSSS);

- assurer la formation requise aux infirmières : orientations, références internes et externes du CSSS (CSSS).

Défis liés aux interventions en soins infirmiers

- Développer un accueil santé pour l'ensemble de la population (CSSS);

- favoriser les liens avec les services médicaux de 1re ligne (CSSS);

- développer une clinique ambulatoire sans rendez-vous (CSSS);

- revoir l'organisation du travail en soins infirmiers en fonction de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (CSSS).

Défis liés aux activités « sexualité, planification des naissances, suivi pré- et post- IVG »

- Assurer un service médical en clinique jeunesse (CSSS);

- augmenter l'accessibilité des services, notamment par le développement d'activités de fins de semaine afin de mieux rejoindre les jeunes (CSSS).

Défis liés à l'enseignement de base auprès des personnes atteintes de maladie chronique

- définir la trajectoire de service à l'intérieur du CSSS (1re ligne du Programme de santé physique) (CSSS);

- assurer le lien bidirectionnel à l'intérieur du CSSS et avec les partenaires du réseau local (CSSS).

Défis liés au contact suite à une grossesse

- Développer et uniformiser la déclaration de l'avis de grossesse (CSSS);

- identifier les femmes à risque pour les orienter (CSSS);

- développer les liens avec les médecins pour obtenir les avis de grossesse (obtenir le consentement des mères) (CSSS).

Défis liés au soutien à l'allaitement maternel

- Préconiser les conditions favorables à l'allaitement dans tous les milieux (CSSS);

- harmoniser les recommandations pour que toutes les femmes ciblées par le programme aient la même réponse à leur demande quelle que soit la région (CSSS).

Défi lié aux visites systématiques postnatales et post-adoption

- Maintenir selon les délais prescrits (CSSS).

Défis liés aux activités de nutrition

- Distinguer les clientèles du Programme des services généraux de celles des services spécialisés (CSSS);

- définir clairement la clientèle à desservir (CSSS);

- établir le ou les processus de référence (CSSS).

Défis liés aux activités de physiothérapie

- Distinguer les activités des services généraux des activités des services spécialisés (CSSS);

- définir clairement les clientèles à desservir (orthopédie) (CSSS);

- établir le ou les processus de référence (CSSS).

Défis liés aux consultations psychosociales (services de crises)

- Définir l'intervention sociale 1re ligne (CSSS);
- développer les services psychosociaux pour les jeunes et leur famille : situation de crise, équipe d'intervention rapide (CSSS);
- harmoniser et standardiser les services dans la région (CSSS).

Défis liés aux consultations psychologiques

- Définir clairement les clientèles à desservir et les services à offrir (CSSS);
- définir consultation psychologique et psychothérapeutique (CSSS);
- tenir compte des enjeux corporatifs : travailleur social, psychologue (CSSS).

Défis liés aux activités d'aide à domicile

- Distinguer le panier de services pour la population en général des services pour la clientèle spécifique (CSSS);
- définir clairement les clientèles à desservir en soutien à domicile dans le Programme des services généraux par rapport à celles qui reçoivent du soutien à long terme dans le milieu de vie (CSSS).

Défis liés aux interventions en cas d'urgence ou de sinistre

- Nommer un coordonnateur de mesure d'urgence par CSSS (CSSS);
- assurer l'intégration du mandat des soins et services de santé à la mission du CSSS (CSSS);
- assurer de la coordination régionale en sécurité civile pour la mission santé (CSSS);
- maintenir, à l'intérieur du CSSS, les cinq volets des mesures d'urgence (santé physique, santé publique, services psychosociaux et communication) (CSSS);
- maintenir les liens de partenariat avec l'intersectoriel du réseau local (CSSS);

- répondre, en temps réel, aux situations d'urgence ou de sinistre, par la mobilisation des ressources locales (CSSS).

Défis liés au suivi complet de maternité par une sage-femme

- Assurer la poursuite du mandat par le CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel (CSSS);

- prévoir une entente de service entre le CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel et les autres CSSS des Laurentides (CSSS).

Défis liés aux consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS

- Revoir le panier de services médicaux en omnipratique dans chacun des CSSS (CSSS);

- établir des liens de collaboration et partenariat avec les cliniques médicales (CSSS).

Défis liés aux groupes de médecine de famille (GMF) situés dans un CSSS

- Maintenir l'engagement des GMF existants dans la formule GMF (CSSS);

- obtenir l'adhésion de nouveaux médecins à la formule GMF (CSSS);

- assurer un financement adéquat et la permanence des infirmières assignées en GMF (CSSS);

- favoriser l'accessibilité aux services psychosociaux du CSSS, notamment par la mise en œuvre du plan d'action de santé mentale (CSSS);

- tenir compte des ententes CSSS-clinique privée afin de maintenir la motivation à devenir GMF (CSSS).

Défis liés aux centres de prélèvement

- Mettre sur pied ou consolider, au minimum, un centre de prélèvement dans chacun des CSSS et assurer la mise en place des ententes de services requises (CSSS);

- s'assurer que les centres de prélèvement respectent les orientations et les normes ministérielles relatives à l'accessibilité aux services et à la qualité des prélèvements (CSSS);

- accroître l'accessibilité aux centres de prélèvements (CSSS);

- développer des liens informationnels entre les centres serveurs (CSSS avec les laboratoires) et le centre de prélèvement (CSSS).

Défis liés aux activités Info-Santé

- Évaluer l'organisation des services Info-Santé en fonction des indicateurs de performance clinique et administrative afin de réaliser une centralisation régionale (CSSS);

- assurer la fluidité de la communication des avis de Santé publique entre le Ministère, la centrale et l'accueil des CSSS (CSSS);

- renforcer le rôle d'Info-Santé dans son mandat de vigie sanitaire et ne pas le limiter à la réponse aux besoins de la population (CSSS);

- assurer l'application des recommandations et la mise en œuvre des moyens présentés dans le document du comité national Info-Santé (CSSS);

- consolider les activités Info-Social (CSSS) ;

- assurer la mise à jour et l'harmonisation de l'information à transmettre à la population, notamment celle du répertoire des ressources par Lotus Notes (CSSS);

- élaborer des protocoles d'entente entre le service Info-Santé et les GMF (CSSS);

- assurer la formation des infirmières afin d'harmoniser les recommandations faites aux femmes ciblées par le programme (CSSS).

Défis liés à la garde en soins infirmiers 24/7

- Favoriser l'uniformité des approches (CSSS);

- assurer la formation continue en fonction des clientèles (CSSS);

- assurer la qualité des services en fonction du volume et l'expertise nécessaire (CSSS);

- réviser le fonctionnement et les processus de garde (CSSS);

- disposer des ressources financières suffisantes pour assurer les services (CSSS).

Défis liés à la garde psychosociale 24/7

- Développer la garde Info-Social (déplacement, application de la loi P-38) et déterminer les clientèles (clientèles inscrites hors de l'entente P-38) (CSSS);

- disposer des ressources financières suffisantes pour assurer les services (CSSS);

- établir des normes de sécurité appropriées pour le déplacement du personnel (CSSS);

- développer des protocoles pour répondre aux besoins de différentes clientèles : adolescents suicidaires, crise enfant (CSSS).

Défi lié à la garde en inhalothérapie

- Consolider le service de garde en inhalothérapie (CSSS)

3



Programme

Jeunes en difficulté

1. DÉFINITION DU PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

Le programme *Jeunes en difficulté*[21] regroupe les services destinés aux jeunes – de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte - qui présentent des problèmes de développement ou de comportement ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés ainsi que des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale.

Informations complémentaires

Lorsque les services psychosociaux sont destinés aux jeunes en difficulté, ce sont des services spécifiques et ils sont compris dans le programme *Jeunes en difficulté*. Cependant, les services psychosociaux pour une problématique court terme sont inclus dans le programme *Services généraux – activités cliniques et d'aide*

Enfin, les programmes *Déficience physique*, *Déficience intellectuelle et TED*, *Dépendances*, *Santé physique* et *Santé mentale* s'adressent également à la clientèle jeunesse et le lecteur devra donc s'y référer pour prendre connaissance des services qui en font partie.

[21] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, janvier 2004.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Population des jeunes des Laurentides

	Population 0-17 ans, Laurentides				
RLS	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Deux-Montagnes/MS	24 618	24 623	24 604	24 592	24 501
T.-De Blainville	36 567	36 825	37 028	37 210	37 329
Rivière-Nord/MN	25 600	25 994	26 410	26 775	26 977
Argenteuil	6 072	5 933	5 798	5 688	5 585
Pays-d'en-Haut	5 251	5 302	5 345	5 386	5 444
des Laurentides	7 696	7 693	7 621	7 596	7 600
Antoine-Labelle	6 835	6 714	6 598	6 528	6 465
TOTAL LAURENTIDES	**112 639**	**113 084**	**113 404**	**113 775**	**113 901**

Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005

Globalement, après avoir connu une augmentation importante, la population des 0-17 ans des Laurentides continue à croître, mais de façon plus graduelle depuis 4 à 5 ans. Celle du Québec est en décroissance. La population des jeunes des RLS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel, Thérèse-De Blainville et Pays-d'en-Haut a augmenté depuis 5 ans; celle des RLS des Laurentides et Deux-Montagnes/Sud de Mirabel est relativement stable et celle des territoires Antoine-Labelle et Argenteuil a décliné légèrement.

Services offerts par les Réseaux locaux de services pour les Centres d'activités du Programme enfance jeunesse famille, 2003-04

	6592 (services sociaux scolaires)/ 2003-04							
RLS	**Usagers individu**	**Interv. Indiv.**	**Interv. Couples**	**Interv. Famille**	**TOTAL interv. (1)**	**Intensité: interv./ usagers (2)**	**Taux pénétration : usagers/ 1000 jeunes 0-17 ans (3)**	**Pop. 0-17 ans 2003**
Deux-Montagnes-MS	426	2 202	0	0	2 202	5,2	17,3	24 604
T.-De Blainville	186	1 195	0	11	1 206	6,5	5,0	37 028
Rivière-du-Nord-MN	745	3 351	46	308	3 705	5,0	28,1	26 410
Argenteuil	296	1 439	9	60	1 508	5,1	51,1	5 798
Pays-d'en-Haut	45	165	0	10	175	3,9	8,4	5 345
des Laurentides	172	740	0	1	741	4,3	22,6	7 621
Antoine-Labelle	325	1 186	3	61	1 250	3,8	49,3	6 598
Total 2003-04	**2 194**	**10 277**	**58**	**451**	**10 786**	**4,9**	**19,3**	**113 404**
Total 2002-03	**2 226**	**11 004**	**35**	**402**	**11 441**	**5,1**	**19,7**	**113 084**
Total 2001-02	**2 054**	**---**	**---**	**---**	**11 125**	**5,4**	**18,2**	**112 639**

Source données CLSC: RAMQ, rapport no. 01., 2003-2004, c.a. 7179
Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005
(1) Le total d'interventions est ici égal à la somme des interventions individualisées, couples et familles.
(2) L'intensité est le nombre d'interventions par usager
(3) Le taux de pénétration par 1000 de population 0-17 ans est le nombre d'usagers par 1000 de pop. 0-17 ans

Les taux de pénétration (taux/1000 jeunes) font ressortir des différences importantes entre les RLS, tant pour les *Services sociaux scolaires* que pour les *Services d'éducation familiale et sociale*. On peut s'interroger à savoir si cela traduit une réalité locale ou si cela résulte de modalités différentes quant à la saisie des données. Des validations avec les établissements concernés permettraient une meilleure compréhension de ces données.

Jeunes différents ayant un dossier ouvert au Centre jeunesse des Laurentides selon le type de loi en vertu de laquelle ils sont suivis, 1993-94 à 2003-04

	Types de clientèles			TOTAL
	LPJ (n jeunes)	LJC (n jeunes)	LSSSS (n jeunes)	n jeunes**
1993-94	3 307	1 156	206	*N/A*
1994-95	3 586	1 052	201	*N/A*
1995-96	3 442	1 414	274	*N/A*
1996-97	3 248	1 480	446	*N/A*
1997-98	3 096	1 577	680	*N/A*
1998-99	3 365	1 509	791	*N/A*
1999-00	4 078	1 449	321	*N/A*
2000-01	4 319	1 531	105	*N/A*
2001-02	4 344	1 458	152	*N/A*
2002-03	4 735	1 527	172	*N/A*
2003-04	6 918 *	1 294	219	*N/A*

Données fournies par les Centres jeunesse des Laurentides, janvier 2005/ Données tirées du AS-480
LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse;
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
LSSSS : Loi sur la santé et les services sociaux.

* L'écart entre 2002-2003 et 2003-2004, soit 4735 versus 6918 dans la colonne LPJ, s'explique par une compilation différente des données (tous les jeunes sont compilés incluant les signalements reçus) dans le nouveau système d'information des centres jeunesse (système PIJ).

** Le total ne peut se faire car le même jeune peut être suivi en vertu de deux lois à l'intérieur d'une même année si le dossier a été fermé entre les deux services pour une même période.

Centre d'activité 7179 : service d'éducation familiale et sociale

	7179 (services d'éducation familiale et sociale)/ 2003-04							
RLS	Usagers individu	Interv. Indiv.	Interv. Couples	Interv. Famille	TOTAL interv. (1)	Intensité interv/ usagers (2)	Taux pénétration usagers/ 1000 jeunes 0-17 ans (3)	Pop. 0-17 ans 2003
Deux-Montagnes/MS	439	2 353	7	483	2 843	6,5	17,8	24 604
T.-De Blainville	619	2 619	116	365	3 100	5,0	16,7	37 028
Riv.-du-Nord/MN	605	2 670	17	581	3 268	5,4	22,9	26 410
Argenteuil	227	785	3	231	1 019	4,5	39,2	5 798
Pays-d'en-Haut	386	1 512	16	151	1 679	4,3	72,2	5 345
Laurentides	930	5 817	10	544	6 371	6,9	122,0	7 621
Antoine-Labelle	12	2	0	19	21	1,8	1,8	6 598
Total 2003-04	**3 219**	**15 761**	**169**	**2 374**	**18 304**	**5,7**	**28,4**	**113 404**
Total 2002-03	**2 774**	**12 884**	**157**	**2 238**	**15 279**	**5,5**	**24,5**	**113 084**
Total 2001-02	**1 611**	**---**	**---**	**---**	**9 887**	**6,1**	**14,3**	**112 639**

Source données CLSC: RAMQ, rapport no. 01., 2003-2004, c.a. 7179
Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005
(1) Le total des interventions est ici égal à la somme des interventions individualisées, couples et familles.
(2) L'intensité est le nombre d'interventions par usager
(3) Le taux de pénétration par 1000 de population 0-17 ans est le nombre d'usagers par 1000 de pop. 0-17 ans

De façon générale, de 2001-2002 à 2002-2003 (données disponibles à l'Agence de santé des Laurentides par territoire), le nombre des usagers ainsi que le nombre des interventions ont augmenté. Toutefois, le nombre moyen d'interventions par usager (intensité) a diminué. En fait, en répondant à plus de personnes, on offre nécessairement plus d'interventions; toutefois l'intensité de service n'est pas forcément accrue. Tout se passe comme si on donnait un peu moins à plus de personnes.

Pour l'année 2003-2004, comparativement à 2002-2003, cette tendance s'est maintenue pour les services d'éducation familiale et sociale. Toutefois, pour les services sociaux scolaires, le nombre d'usagers et d'interventions a légèrement diminué.

En 2003-04, concernant l'intensité des S*ervices sociaux scolaires* ou le nombre moyen d'interventions de ce type/usager, on remarque que les territoires du sud et du centre des Laurentides semblent offrir une plus grande intensité de services.

Concernant les *Services d'éducation familiale et sociale*, les RLS Deux-Montagnes-Mirabel Sud et des Laurentides se démarquent par une intensité de services élevée.

En 2003-2004, les jeunes différents ayant eu un dossier ouvert étaient de : 6 918 en vertu de LPJ, 1 294 en vertu de LSJPA et 219 en vertu de LSSSS. Cette donnée globale n'est pas disponible actuellement par territoire local.

Signalements reçus selon la provenance des jeunes signalés, 2000-2001 à 2003-2004

	Signalements reçus				Taux/1000 jeunes			
RLS	**2000-01**	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04**	**2000-01**	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04***
Deux-Montagnes/MS	728	870	1 013	nd	29,4	35,3	41,1	nd
T.-De Blainville	930	988	1 124	nd	25,8	27,0	30,5	nd
Riv.-du-Nord/MN	1 255	1 380	1 495	nd	49,5	53,9	57,5	nd
Argenteuil	305	404	501	nd	49,8	66,5	84,4	nd
Pays-d'en-Haut	236	291	330	nd	44,3	55,4	62,2	nd
Laurentides	374	388	610	nd	47,9	50,4	79,3	nd
Antoine-Labelle	420	473	523	nd	59,6	69,2	77,9	nd
LAURENTIDES	**4 248**	**4 794**	**5 596**	**nd**	**37,8**	**42,6**	**49,5**	**nd**
Hors-région	139	201	227	nd	Nsp	nsp	nsp	nsp
TOTAL LAURENTIDES	**4 387**	**4 995**	**5 823**	**6 084**	**39,0**	**44,3**	**51,5**	**53,6**

Signalements retenus selon la provenance des jeunes signalés, 2000-2001 à 2003-2004.

	Signalements retenus				Taux/1000 jeunes			
RLS	**2000-01**	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04***	**2000-01**	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04***
Deux-Montagnes/MS	316	363	466	nd	12,8	14,7	18,9	nd
T.-De Blainville	462	446	432	nd	12,8	12,2	11,7	nd
Riv.-du-Nord/MN	627	551	596	nd	24,7	21,5	22,9	nd
Argenteuil	156	163	223	nd	25,5	26,8	37,6	nd
Pays-d'en-Haut	122	148	135	nd	22,9	28,2	25,5	nd
des Laurentides	187	178	272	nd	23,9	23,1	35,4	nd
Antoine-Labelle	213	189	227	nd	30,2	27,7	33,8	nd
LAURENTIDES	**2083**	**2038**	**2 351**	**nd**	**18,5**	**18,1**	**20,8**	**nd**
Hors-région	24	45	35	nd	Nsp	nsp	nsp	nsp
TOTAL LAURENTIDES	**2107**	**2083**	**2 386**	**2 632**	**18,7**	**18,5**	**21,1**	**23,1**

Données fournies par le Centre jeunesse des Laurentides, janvier 2005
Source données population :
Pour le calcul des taux 2000-2001 (année de référence 2000) : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001, Estimations de population, données ajustées de février 2004 –ARDRLSSS des Ltdes.
Pour le calcul des taux 2001-02 et 2002-03 (années de référence 2002 et 2002): Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005

* Pour 2003-04, le nouveau système d'information PIJ des centres jeunesse ne permet pas actuellement de fournir les données par territoire local.

De façon générale, les taux de signalements reçus dans les Laurentides ont été en croissance constante depuis l'instauration de la LPJ. Au cours des 10 dernières années, ils sont passés de 39 à 54 signalements/1000 jeunes. Cette croissance est également constatée pour le Québec, mais de façon plus graduelle. De tout temps, les taux de signalements reçus et retenus ont été plus élevés dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec. Cet écart avait diminué de 1995-1996 à 2000-2001, mais s'est creusé davantage au cours des trois dernières années.

De plus, nos taux de rétention (% signalements retenus/reçus) se situent à 41 %-43 % ces dernières années, ce qui est inférieur aux taux québécois moyens d'environ 50 %. La façon de traiter les signalements serait un facteur explicatif.

Les RLS Argenteuil et des Laurentides sont les territoires qui ont connu la plus forte hausse de leur taux de signalements de 2000-2001 à 2002-2003.

Des écarts importants existent d'un territoire à l'autre concernant les taux de signalements reçus et retenus. Ils peuvent aller du simple au triple.

Les taux de signalements s'apparentent au profil de pauvreté de la région. Les RLS Argenteuil, des Laurentides et Antoine-Labelle présentent des taux de signalements plus élevés qu'ailleurs dans la région, suivis par les RLS Pays-d'en-Haut et Rivière-Nord/Nord de Mirabel. Quant à eux, les RLS du sud, Deux-Montagnes/Sud de Mirabel et Thérèse-De Blainville, ont une situation plus favorable (moins de signalements) que celle de l'ensemble de la région (moyenne régionale).

Jeunes en protection (LPJ) ayant eu une mesure suite à une orientation* du Centre jeunesse des Laurentides, 2001-2002 à 2003-2004

	Nombre			Taux/1000		
RLS	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04****	**2001-02**	**2002-03**	**2003-04****
Deux-Montagnes/MS	459	482	nd	18,6	19,6	nd
Thérèse-De Blainville	632	688	nd	17,3	18,7	nd
Rivière-Nord/MN	784	788	nd	30,6	30,3	nd
Argenteuil	212	268	nd	34,9	45,2	nd
Pays-d'en-Haut et des Laurentides	437	465	nd	33,8	35,8	nd
Antoine-Labelle	247	255	nd	36,1	38,0	nd
LAURENTIDES	**2771**	**2946**	**nd**	**24,6**	**26,1**	**nd**

Données fournies par le Centre jeunesse des Laurentides, janvier 2005
Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005

* Jeunes ayant bénéficié de mesures après que l'évaluation de leur situation eut dénoté des motifs suffisants d'intervenir afin d'assurer leur protection.

* * Pour 2003-2004, le nouveau système d'information PIJ des centres jeunesse ne permet pas actuellement de fournir les données par territoire local.

Les taux de jeunes qui ont bénéficié d'une mesure de protection par le Centre jeunesse des Laurentides ont augmenté de 2001-2002 à 2002-2003 dans l'ensemble de la région et dans chacun des territoires locaux (à l'exception de Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel où le taux est resté assez stable).

De la même façon que pour les signalements, les RLS Argenteuil, des Laurentides/Pays-d'en-Haut et Antoine-Labelle présentent des taux de prise en charge plus élevés qu'ailleurs dans la région, suivi par le RLS Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel. Les RLS du sud, Deux-Montagnes/Sud de Mirabel et Thérèse-De Blainville, ont une situation plus favorable (proportionnellement moins de mesures de protection).

Le RLS Argenteuil a connu une augmentation importante de son taux de prise en charge en 2002-2003, par rapport à l'année précédente.

Jeunes placés dans les ressources gérées par le Centre jeunesse des Laurentides, 2000-2001 à 2003-2004 (du 1er avril au 31 mars) : nombre

	Nombre de jeunes								
	2001-02			2002-03			2003-04		
RLS	RTF	RI	Places internes -CRJDA	RTF	RI	Places internes CRJDA	RTF	RI	Places internes CRJDA
Deux-Montagnes/MS	177	32	82	176	36	87	148	26	130
Thérèse-De Blainville	187	70	127	190	55	130	197	45	122
Rivière-du-Nord/MN	310	76	93	270	54	116	264	82	125
Argenteuil	74	16	34	92	12	28	75	15	24
Pays-d'en-Haut	71	12	25	70	9	30	73	6	37
des Laurentides	112	21	29	116	16	47	104	14	59
Antoine-Labelle	129	9	38	121	10	38	124	11	27
LAURENTIDES	**1060**	**236**	**428**	**1035**	**192**	**476**	**985**	**199**	**524**
Hors-région	0	0	12	0	0	12	0	0	13
TOTAL LAURENTIDES	**1060**	**236**	**440**	**1035**	**192**	**488**	**985**	**199**	**537**

Données fournies par le Centre jeunesse des Laurentides, janvier 2005
Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005

Jeunes placés dans les ressources gérées par le Centre jeunesse des Laurentides, 2000-2001 à 2003-2004 (du 1er avril au 31 mars) : taux

	Taux/1000								
	2001-02			2002-03			2003-04		
RLS	**RTF**	**RI**	**Places internes CRJDA**	**RTF**	**RI**	**Places internes CRJDA**	**RTF**	**RI**	**Places internes CRJDA**
Deux-Montagnes/MS	7,2	1,3	3,3	7,1	1,5	3,5	6,0	1,1	5,3
Thérèse-De Blainville	5,1	1,9	3,5	5,2	1,5	3,5	5,3	1,2	3,3
Rivière-du-Nord/MN	12,1	3,0	3,6	10,4	2,1	4,5	10,0	3,1	4,7
Argenteuil	12,2	2,6	5,6	15,5	2,0	4,7	12,9	2,6	4,1
Pays-d'en-Haut	13,5	2,3	4,8	13,2	1,7	5,7	13,7	1,1	6,9
des Laurentides	14,6	2,7	3,8	15,1	2,1	6,1	13,6	1,8	7,7
Antoine-Labelle	18,9	1,3	5,6	18,0	1,5	5,7	18,8	1,7	4,1
LAURENTIDES	**9,4**	**2,1**	**3,8**	**9,2**	**1,7**	**4,2**	**8,7**	**1,8**	**4,6**
Hors-région	na	na	na	na	na	na	na	na	na
TOTAL LAURENTIDES	**9,4**	**2,1**	**3,9**	**9,2**	**1,7**	**4,3**	**8,7**	**1,8**	**4,7**

Données fournies par le Centre jeunesse des Laurentides, janvier 2005
Source données population : Institut de la Statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001. Projections provisoires ISQ, janvier 2005

Le Centre jeunesse des Laurentides gère 787 places en ressources de type familial (RTF), 153 places en ressources intermédiaires (RI), 206 places en unité de vie (places réelles)[22].

Le nombre de jeunes hébergés dans ces places à chaque année est d'environ 1000 jeunes dans les familles d'accueil, 200 dans les ressources intermédiaires et 500 dans les places internes -CRJDA. On remarque que, dans la dernière année, par rapport à l'année précédente, une cinquantaine de jeunes en moins ont été placés en RTF et une cinquantaine en plus dans les places internes. Une partie de cet écart s'explique par la variation constatée dans le territoire de Deux-Montagnes/Sud de Mirabel.

Les taux les plus élevés de placement sont constatés dans les RLS Pays-d'en-Haut et des Laurentides en ce qui a trait aux places internes; dans les RLS Argenteuil et Rivière-du-Nord/Nord de Mirabel concernant les ressources intermédiaires et dans les RLS Antoine-Labelle, Pays-d'en-Haut et des Laurentides pour ce qui est des ressources de type familial.

[22] Données fournies par le Centre jeunesse des Laurentides, tirées du AS-480

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/ Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	CLSC-CHSLD, CHHD (clinique de santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse, OC (hébergement communautaire)	Les hospitalisations des jeunes liées à des problématiques du programme jeunes en difficulté (abus physique, sexuel, négligence grave, troubles de comportement menaçant la sécurité ou le développement) se font dans les hôpitaux de la région ou dans les hôpitaux suivants : ▪ Ste-Justine, ▪ Institut Pinel, ▪ Rivière-des-Prairies ▪ Hôpital de Montréal pour enfants (CUSM)
DEUX-MONTAGNES-MIRABEL SUD	CLSC, CHSE (clinique de santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse, OC (hébergement communautaire)	
RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD	CLSC, CHHD (clinique santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse, OC (hébergement communautaire)	
ARGENTEUIL	Établissement de santé d'Argenteuil (clinique santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse	
PAYS-D'EN-HAUT	CLSC, CH des Sommets (clinique santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse	
DES LAURENTIDES	CLSC, CH des Sommets (clinique santé mentale, urgence),CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse	
ANTOINE-LABELLE	CLSC, CH (clinique santé mentale, urgence), CJL, CR, réseau scolaire, services de garde, OC		Centre jeunesse	

ORGANISMES ET PARTENAIRES JEUNESSE
Organismes communautaires
Dans les Laurentides, nous comptons environ 80 organismes communautaires, financés par le réseau de la santé et des services sociaux, qui oeuvrent auprès des jeunes et des familles, soit : ▪ 21 maisons de jeunes; ▪ 4 maisons d'hébergement communautaire jeunesse; ▪ 18 organismes communautaires familles; ▪ 7 organismes communautaires en toxicomanie jeunesse; ▪ 2 organismes de justice alternative; ▪ 4 organismes communautaires en agressions sexuelles – jeunes; ▪ 5 organismes communautaires handicapés – enfants; ▪ 5 maisons hébergement pour femmes et enfants victimes de violence; ▪ 6 centres de femmes; ▪ 8 autres organismes communautaires jeunes.

Partenaires régionaux
▪ Agence de santé et de services sociaux : Direction de l'organisation des services et de la main-d'oeuvre et Direction de santé publique; ▪ Direction régionale du MEQ; ▪ Agence des services à la famille du ministère de l'Emploi, de la Solidarité et de la Famille; ▪ Ministère de la Justice; ▪ Ministère de la Sécurité publique; ▪ Divers associations et regroupements : association des familles d'accueil, association des commissions scolaires, regroupement des centres de la petite enfance, etc. ▪ Organismes communautaires régionaux

3.2 Ententes actuelles (en cours)

Voici la liste des protocoles produits par l'Agence, conjointement avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec les services Famille Enfance Jeunesse:

- jeunes en difficulté d'adaptation:
  Protocole de collaboration CLSC-Centre jeunesse des Laurentides (printemps 2001);

- jeunes en difficulté aux prises avec des problèmes de toxicomanie : Protocole de collaboration Centre André-Boudreau (CR-Toxico.) et Centre jeunesse des Laurentides (2001);

- jeunes avec problèmes suicidaires ou en situation de crise : Ententes de services pour les situations de crise et suicide (2001);

- jeunes en difficulté vivant une déficience intellectuelle : Protocole de collaboration Centre du Florès, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle (CR-DI) et CJ (2002);

- jeunes victimes d'abus sexuels, d'abus physiques ou de négligence grave : Modalités de collaboration pour les enfants victimes d'abus sexuels, physiques et négligence grave menaçant leur santé (2002);

- jeunes en difficulté ayant une déficience physique : Protocole de collaboration CR Déficience physique, Centre de réadaptation Le Bouclier (CR-DP) et Centre jeunesse des Laurentides (2003);

- jeunes victimes d'abus sexuels et jeunes adolescents agresseurs : Convention de services Régie régionale-CETAS/Parents-Unis Laurentides (2003).

3.3 Concordance avec les orientations ministérielles et nationales

Orientations ministérielles

Plusieurs études et rapports (Rapports Charbonneau, Harvey, Bouchard, Jasmin, Cliche, Lebon, Commission Clair, Vérificateur général) ont documenté les services aux jeunes en difficulté. Au fil du temps, une perspective de services intégrés et harmonisés a été adoptée dans ces différents rapports ainsi que dans les orientations gouvernementales qui en ont découlé.

Les principaux documents de référence qui ont une influence sur l'offre de service, actuellement, sont décrits ci-dessous.

La *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* (2002) présente les orientations ministérielles actuelles dans le secteur de la jeunesse.

Cette Stratégie découle du Forum et des chantiers jeunesse présidés par M. André Lebon (2000-2001). Le déploiement de la Stratégie est prévu sur une période de 5 ans et comporte trente-deux mesures autour de trois axes :

Axe 1 : Prévenir les difficultés d'adaptation et de développement chez les personnes à risque

La consolidation des services de base et le déploiement du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) sont les mesures déterminées afin d'offrir une gamme complète et commune de services de base pour les jeunes en difficulté et leur famille.

Axe 2 : Offrir sur l'ensemble du territoire une gamme appropriée de services spécialisés

Un ensemble de mesures sont indiquées[23] afin de pouvoir offrir une gamme appropriée de services spécialisés, d'assurer une application plus judicieuse de la LPJ et d'assurer aux jeunes et à leur famille l'accès à des services de qualité sans interruption.

Axe 3 : Assurer aux jeunes et à leur famille l'accès à des services de qualité sans interruption

Afin d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services et des interventions ainsi que la valorisation du travail des intervenants, différents mécanismes sont proposés (relais direct et personnalisé, mécanisme de jonction des services, voie d'accès unique aux services jeunesse, équipes d'intervention jeunesse) ainsi que des mesures de soutien au travail professionnel et de gestion (grilles communes d'évaluation, supervision professionnelle, systèmes d'information intégrés, PI-PSI, outils cliniques standardisés/validés, formations, protocoles de collaboration).

Le *Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés aux enfants, aux jeunes et aux familles : de la complicité à la responsabilité* (avril 2004) est à l'étude par le Ministère afin que celui-ci traduise ses recommandations en orientations ministérielles.

Ce rapport :

- précise les problèmes vécus par les jeunes ayant besoin de services spécialisés : constats/ enjeux ;
- définit les notions de services spécifiques et de services spécialisés ;
- détermine le type de ressources susceptibles de répondre aux besoins de services spécialisés et de services spécifiques (offre de service) ;
- précise des modalités de fonctionnement régional (EIJ, accès, responsabilités des établissements en termes d'offre de service, de règlements de litiges, etc.) ;

[23] Mesures : mise en place de services de crise et de services spécialisés en santé mentale en première ligne, amélioration des arrimages avec le services en DI, meilleur accès aux services de toxicomanie, disponibilité de programme d'intégration sociale et de qualification, travaux visant à définir le continuum de services spécialisés, les orientations en matière de retrait familial et de révision de la LPJ.

- traite des services de 3e ligne et des instituts universitaires;

- propose un plan d'action pour mettre en place les recommandations.

Le Comité sur le continuum de services spécialisés recommande une structure basée sur une offre à deux paliers où les services de 1re ligne, outre les services généraux, comprendraient des services spécifiques nettement définis et complémentaires à ceux de chacun des secteurs de services de 2e ligne. Le comité préconise une offre de service spécialisés explicite, complémentaire et interconnectée entre les divers secteurs du réseau.

Le *Rapport sur les Orientations à privilégier en matière de retrait familial* (avril 2004) a été produit par la Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Découlant de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, ce rapport reprend les enjeux et les multiples dimensions du retrait familial. Ses huit orientations concernent l'ensemble des jeunes placés, qu'il s'agisse de jeunes ayant des déficiences intellectuelles, physiques, des problèmes de toxicomanie ou vivant des situations de protection.

Il propose que :

- les retraits familiaux soient mieux documentés (données);
- que des actions préalables au retrait du milieu familial (solutions de rechange au retrait familial) soient disponibles, accessibles et adaptées aux besoins des clientèles;
- que plusieurs pratiques soient améliorées :
  - respect de critères pour toute décision de retrait;
  - formation des intervenants (modules pertinents du Programme national de formation - PNF);
  - utilisation d'outils cliniques pertinents et validés;
  - présence dans les établissements d'une politique formelle prévoyant des balises pour l'ensemble des dimensions professionnelles propres à ce contexte d'intervention.

Le *Rapport sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse* (2004) a été produit par un comité d'experts présidé par M. Jacques Dumais :

Ce rapport revoit la formulation de principes et de droits des enfants et des parents. Il redéfinit les motifs de protection, circonscrit la notion de projet de vie permanent pour l'enfant, reformule le rôle et les responsabilités du DPJ et des établissements ou organismes et, enfin, révise le régime de confidentialité.

Ce rapport établit la protection des enfants comme une responsabilité collective et, à cet égard, précise les responsabilités dévolues aux établissements qui oeuvrent auprès des jeunes. En contrepartie, le DPJ a une obligation d'accompagnement des jeunes et des familles vers les ressources du milieu lorsqu'ils ne sont plus ou ne sont pas en situation de protection. L'interprétation de la protection suggérée limite les situations de négligence ou de troubles de comportement qui peuvent donner lieu à des services de protection. On recommande que les notions de mauvais traitements psychologiques et de projet de vie pour l'enfant soient introduites dans la loi. La médiation et les approches consensuelles sont favorisées afin de diminuer le recours à l'intervention judiciaire. Des moyens sont apportés pour réduire le placement et le déplacement des enfants (projet de vie, aide financière accrue pour l'adoption, durées maximum des placements selon l'âge de l'enfant, etc.). Enfin, on revoit le régime de confidentialité en favorisant un plus grand échange d'information entre intervenants, un pouvoir accru du DPJ d'accéder à de l'information et des délais de conservation de l'information allongés.

Le document *Allons à l'essentiel : offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0-17 ans* (avril 2001), produit par l'association des CLSC et des CHSLD du Québec, présente une offre harmonisée de base pour les CLSC du Québec. Cette offre de service est détaillée par groupe d'âge : 0-4 ans, 5-11 ans et 12-17 ans. Elle couvre des mesures qui visent à promouvoir la croissance et le développement des enfants, à prévenir les problèmes psychosociaux et de santé et à traiter ces problèmes.

Le *Cadre de référence CLSC-Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient* (1998), produit par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des Centres jeunesse du Québec, constitue un outil de référence. Il a posé les jalons d'une compréhension partagée des responsabilités respectives et des zones de collaboration entre les CLSC et les CJ.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement en regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

Enfin, considérant que les frontières entre les activités du Programme jeunes en difficulté et celles des programmes services généraux et santé publique se recoupent, nous faisons ci-dessous une brève revue des éléments qui sont en continuité avec le Programme jeunes en difficulté.

Les services généraux

Certaines activités du Programme services généraux s'adressent à des jeunes et des familles. Il s'agit d'activités visant à agir sur les facteurs qui favorisent leur santé, à diminuer les facteurs de risque qui menacent leur santé ou à en diminuer les conséquences et à dépister précocement les maladies et les problèmes psychosociaux à un stade préclinique. Elles visent aussi à répondre à l'ensemble des besoins des personnes vivant une situation momentanée ou encore présentant des problèmes ponctuels ou de nature aiguë ou réversible.

Les activités suivantes sont des activités rattachées au Programme de services généraux et qui peuvent s'adresser à des jeunes et leur famille[24] :

Activités santé publique :

- prévention des problèmes psychosociaux (Intervention de groupe);
- services d'information en période prénatale;
- rencontre d'éducation parentale (0-4 ans);
- promotion et prévention auprès des jeunes en milieu scolaire (5-17 ans);

[24] La liste des activités est tirée du document : Gouvernement du Québec, 2004, *Les services généraux offerts par les centres de Santé et de services sociaux*, MSSS.

- interventions communautaires.

Activités cliniques et d'aide :

- accueil, information, accompagnement et référence personnalisée;
- soins infirmiers :
  - contact à la suite de l'avis de grossesse;
  - visite systématique postnatale et post adoption;
  - service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant;
- interventions psychosociales et psychologiques;
  - garde psychosociale « 24/7 »;
  - consultations psychosociales (*incluant des activités d'évaluation et de référence);
  - consultations psychologiques;
- intervention en cas d'urgence et de sinistre.

À cela s'ajoutent les services d'intervention en milieu scolaire ainsi que les services d'intégration sociale et de réinsertion pour les jeunes de 16 ans et plus. Ceux-ci consistent à soutenir le jeune par un accompagnement vers un choix scolaire et socioprofessionnel qui lui permette de réaliser son potentiel et d'accroître son autonomie[25].

Santé publique

Outre les activités qui ciblent l'ensemble de la population (cf. document sur les services généraux du Ministère et Programme national de santé publique), d'autres activités ciblant des clientèles dites à risque font partie du Programme santé publique[26] :

- services intégrés en périnatalité auprès de clientèles à risque (mères de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de pauvreté);
- intervention précoce dans les milieux de garde défavorisés;
- programmes intégrés de prévention-promotion réalisés en action intersectorielle dans les milieux de vie des jeunes et ciblant les milieux et les clientèles à risque (ex. : écoles en santé);
- prévention auprès des adolescents vulnérables.

[25] Cet ajout découle de discussions du Comité de travail du programme jeunes en difficulté (automne 2004) animé par l'Agence .

[26] Liste tirée du document : *AHQ-Association des CLSC-CHSLD du Québec, Le projet d'organisation clinique des services*, 2004

Voici maintenant les activités appartenant au Programme jeunes en difficulté :

4.1 ACCUEIL ET ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Accueil à la jeunesse, évaluation des besoins et orientation/référence

- accueil, évaluation et orientation psychosociales et de santé;
- garde psychosociale 24/7;
- urgence sociale PJ-LSJPA;
- accueil, réception et traitement des signalements (RTS);
- évaluation, orientation suite à un signalement;
- réception, traitement des demandes d'intervention et évaluation-orientation des jeunes contrevenants provenant du Substitut du procureur général (SPG);
- accompagnement et références personnalisées.

Ce service vise à répondre aux demandes de nature psychosociale adressées à l'établissement. Il comporte la prise de contact, la cueillette d'information visant à préciser les besoins, l'évaluation de la demande, l'orientation, la référence ainsi que la liaison avec les services appropriés. Ces demandes concernent toute communication faite à l'établissement pour une information, une clarification, une consultation ou une prestation d'aide.

Dans le cadre de la LPJ, il y a prise de décision quant à la compromission ou non de la sécurité et du développement de l'enfant ainsi que la détermination des mesures.

Évaluation spécialisée pour des jeunes présentant des problématiques requérant une expertise particulière

Il s'agit d'évaluation spécialisée destinée à ces clientèles particulières :

- victimes d'agression sexuelle;
- jeunes agresseurs sexuels;
- jeunes violents;
- jeunes suicidaires.

4.2 INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT (AVEC OU SANS HÉBERGEMENT)

Services psychosociaux

Ce sont des services psychosociaux moyen-long terme s'adressant aux enfants et à leur famille.

Service de soutien aux compétences parentales

Ces services se traduisent par des interventions éducatives visant le maintien ou l'acquisition d'habiletés parentales et le développement de l'enfant. Les activités permettent ainsi de soutenir les familles ou encore de suppléer à une déficience concernant les soins ou l'éducation de l'enfant.

Services sociaux scolaires (services généraux – activités de santé publique)

Ce sont des activités réalisées en milieu scolaire ayant pour objet de répondre aux problèmes sociaux des enfants et adolescents de niveau primaire, secondaire et collégial.

Services de psychothérapie

Il s'agit d'évaluation et de traitement de psychothérapie.

Services d'intervention de crise, immédiate et mobile (ou intervention en situation de détresse)

Il s'agit d'intervention dans le milieu de vie de la personne, circonscrite dans le temps et survenant lors d'une crise chez le jeune ou sa famille. Cette intervention est centrée sur la résolution du problème par l'application de solutions immédiates et la mobilisation de l'environnement.

Services d'intervention intensive

Ce service vise à intervenir de façon soutenue et intensive auprès d'un jeune et de sa famille présentant un haut niveau de vulnérabilité durant quelques semaines, et ce, afin d'éviter une détérioration de la situation familiale en lien avec les besoins de l'enfant. Cette intervention se réalise dans les milieux de vie.

Services de réadaptation psychosociale

Ces services sont offerts au jeune présentant des troubles de comportement, d'adaptation et de développement et visent à réduire les aspects négatifs de son comportement, mais aussi à développer ses compétences et à actualiser son potentiel. L'intervention de réadaptation doit contribuer également à habiliter et soutenir l'environnement naturel du jeune et à soutenir la démarche des parents du jeune[27].

Services de répit-dépannage

Il s'agit de services visant à donner un répit ou offrir un dépannage à une famille afin d'éviter notamment la crise familiale. Il peut y avoir un soutien financier ponctuel pour l'achat de services de répit-dépannage.

Services d'intégration sociale pour les jeunes

Les services de soutien visent à permettre au jeune de mieux s'insérer dans sa communauté et d'exercer les rôles sociaux propres à son âge, suite à une rupture avec son milieu de vie.

Services d'intégration sociale et de réinsertion pour les jeunes de 16 ans et plus

Ces services de soutien visent l'accompagnement du jeune vers un choix scolaire et socioprofessionnel qui lui permettra de réaliser son potentiel et d'accroître son autonomie.

Services aux adolescents contrevenants (LSJPA) :

Ces services sont liés à l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Ils consistent en trois programmes :

- programme de mesures et de sanctions judiciaires et extrajudiciaires;
- programme non résidentiel (sans hébergement);
- programme d'assistance et de surveillance.

[27] Autre définition de la réadaptation tirée du rapport Gendreau Tardif, *« La réadaptation en internat des jeunes de 12-18 ans : une intervention qui doit retrouver sons sens, sa place et ses moyen »*, 1999 :
« *L'intervention de réadaptation est un processus d'aide spécialisée permettant à un jeune dont le développement est entravé ou compromis par de grandes difficultés d'interaction avec son milieu de renouer avec ce milieu de manière à y puiser les ressources dont il a besoin pour poursuivre son développement, utiliser ses capacités à leur plein potentiel et réaliser son projet de vie dans la plus grande autonomie. »*

Révision PJ (protection de la jeunesse)

Ces activités visent l'analyse des mesures en cours dans le but de prendre une décision de fermeture, de prolongation ou de modification des mesures de protection. La révision visée ici est celle prévue à la LPJ.

Services médicaux spécialisés pour les jeunes en difficulté (en CH et en cliniques privées)

L'expertise médicale permet d'évaluer et de traiter les enfants victimes de mauvais traitements (abus, agressions, violence) et de négligence.

Traitements spécialisés pour des jeunes présentant des problématiques requérant une expertise particulière :

Il s'agit de traitements spécialisés destinés à ces clientèles particulières :

- victimes d'agression sexuelle;
- jeunes agresseurs sexuels;
- jeunes violents;
- jeunes suicidaires

Service d'hébergement

Ces services d'hébergement sont dispensés à des jeunes placés dans différents types de ressources, et ce, dans le cadre du Programme jeune en difficulté. Ces services sont les suivants :

- service d'hébergement dans la communauté;
- service d'hébergement de crise;
- service d'hébergement temporaire;
- service d' hébergement en Ressource de type familial (RTF);
- service d'hébergement en Ressource intermédiaire (RI);
- Service d'hébergement en foyer de groupe ou foyer appartement;
- Service d'hébergement en unité de vie régulière et encadrement intensif;
- Service d'hébergement en unité de vie sécuritaire;
- Service d'hébergement en unité de vie et en RI pour double problématique;

Services à des jeunes vivant une double problématique

Ces services sont dispensés à des jeunes qui, outre leurs difficultés d'adaptation et de développement, vivent des difficultés telles que : consommation abusive d'alcool ou de psychotropes ou autres dépendances, problèmes de santé

mentale (incluant les tendances suicidaires), problèmes de déficience physique ou intellectuelle.

4.3 AUTRES

Recherches d'antécédents familiaux et retrouvailles

Il s'agit d'activités visant à réaliser les recherches d'antécédents ainsi que les retrouvailles.

Adoption

Ces activités visent exclusivement la réalisation de l'adoption des enfants, incluant celles qui se rattachent à l'adoption internationale (banque mixte).

Expertise psychosociale pour la Cour Supérieure

Il s'agit d'activités visant à fournir une expertise psychosociale concernant la garde de l'enfant et les droits de visite et de sortie du parent concerné.

Visites supervisées

Ces activités visent à superviser la visite du parent avec son enfant.

Services de médiation-conciliation sociale

Il s'agit de services de gestion de conflits par lesquels des médiateurs neutres facilitent la communication afin que les parties en arrivent à une entente en dehors du cadre judiciaire.

Autres services offerts dans la communauté

Il s'agit de services donnés par les partenaires intersectoriels :

- services offerts dans la communauté;
- services offerts par les entreprises d'économie sociale;
- services spécialisés en agression sexuelle.

Ces services sont offerts par les organismes communautaires : maisons de la famille, maisons des jeunes, organismes d'hébergement communautaire, groupes d'entraide dédiés à la jeunesse, organismes de justice alternative, organismes spécialisés en agression sexuelle. Ils sont aussi offerts par les entreprises d'économie sociale, particulièrement les centres de ressources périnatales.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIAT

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités, services et modalités,[28] ainsi que le principal responsable de leur réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenaires
Accueil à la jeunesse, évaluation des besoins et orientation/référence	CSSS	
Accueil à la jeunesse, évaluation des besoins et orientation/référence – 2e ligne-	CJL	
Évaluation spécialisée pour des jeunes présentant des problématiques requérant une expertise particulière : victimes d'agression sexuelle, jeunes agresseurs sexuels, jeunes violents et jeunes suicidaires	à identifier	OC
Services psychosociaux	CSSS CJL	
Services de soutien aux compétences parentales	CSSS CJL	
Services de psychothérapie	CSSS CJL	
Services d'intervention de crise	CSSS Discussions à poursuivre[29]	OC
Services de crise dans un contexte d'application de la LPJ (Loi de la protection de la jeunesse) et de la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents)	CJL	
Services de répit-dépannage	CSSS	
Services d'intervention intensive	CSSS CJL	
Services de réadaptation psychosociale	CSSS CJL	
Services d'intégration sociale pour les jeunes	CSSS CJL	
Services d'intégration sociale et de réinsertion pour les jeunes de 16 ans et plus	CSSS CJL	

[28] Dispensateurs désignés par le Comité de travail du Programme jeunes en difficulté (hiver 2004-05) . Ces dispensateurs représentent les établissements qui seraient responsables de ces services, dans le contexte de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

[29] Concernant les services de crise, des discussions sont en cours sur : la spécificité du service de crise dans le programme jeunes en difficulté, par rapport au service de crise tel que défini dans les services généraux; l'instance responsable de ce type de service et la nécessité d'avoir deux niveaux de services de crise (1re ligne et 2e ligne); les modalités d'arrimage et d'accès.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenaires
Services aux adolescents contrevenants (LSJPA)	CJL	OC
Services à des jeunes vivant une double problématique	CSSS, CJL CJL	
Révision PJ (protection de la jeunesse)	CJL	
Services d'hébergement de crise et services d'hébergement de dépannage	à identifier[30]	à identifier
Services d'hébergement (institutionnel et non institutionnel)	CJL	
Traitement spécialisé pour des jeunes présentant des problématiques requérant une expertise particulière : victimes d'agression sexuelle, jeunes agresseurs sexuels, jeunes violents et jeunes suicidaires	à identifier	OC
Services médicaux spécialisés pour les jeunes en difficulté (CH)	CSSS	
Services médicaux spécialisés pour les jeunes en difficulté (CH régional)	CSSS	
Recherches d'antécédents familiaux et retrouvailles	CJL	
Adoption	CJL	
Expertise psychosociale pour la Cour Supérieure	CJL	
Services de visites supervisées	à identifier	à identifier
Services sur spécialisés à des jeunes vivant une double problématique	établissement supra-régional	
Services médicaux spécialisés pour les jeunes en difficulté (cliniques privées)	établissement supra-régional	
Services spécialisés en agression sexuelle		OC
Services spécialisés en suicide		OC
Services de médiation-conciliation sociale		OC
Services d'hébergement dans la communauté		OC
Services offerts par des organismes communautaires		OC
Services offerts par les entreprises d'économie sociale		OC
Services offerts par les partenaires intersectoriels		partenaires intersectoriels

[30] L'hébergement doit faire l'objet d'une réflexion approfondie portant sur : la notion d'hébergement; la pertinence et la hauteur du besoin de ce service pour des jeunes suivis en vertu de la LSSSS; la désignation du dispensateur des places d'hébergement de crise et de dépannage pour ces jeunes; les modalités d'accès efficaces et la disponibilité de places pour les CSSS en réponse aux besoins d'hébergement de ces jeunes; la reconnaissance de l'expertise des CSSS pour faire l'évaluation des besoins d'hébergement pour la clientèle LSSSS.

6. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

En plus des modalités communes à tous les programmes présentés dans la première section, le Programme jeunes en difficulté doit être appuyé par des modalités particulières.

Bascule téléphonique

Il s'agit d'un système téléphonique permettant le transfert des demandes de services de façon bidirectionnelle entre les CSSS et le Centre jeunesse des Laurentides.

Mécanisme d'accès pour de l'hébergement communautaire

Ce mécanisme vise la coordination de l'ensemble des demandes de services d'hébergement et des opérations requises pour assurer le placement du jeune dans une ressource d'hébergement communautaire.

Coordination des services psychosociaux et médicaux

Il s'agit d'un mécanisme visant à assurer la continuité et le suivi de jeunes dont la problématique exige des services psychosociaux et médicaux : jeunes suicidaires, jeunes avec problèmes de toxicomanie, jeunes anorexiques, jeunes de la rue, jeunes victimes d'abus physique, jeunes victimes d'abus sexuel.

Équipe d'intervention jeunesse

C'est une modalité pour s'assurer qu'aucun jeune ni aucune famille ne se retrouve « entre deux chaises » parce que la situation est trop complexe ou parce que la réponse aux besoins ne relève pas d'un acteur spécifique. Il s'agit d'un regroupement d'expertise de différents acteurs permettant de bien orienter les jeunes en difficulté.

Contentieux

Ce sont les activités du Contentieux de l'établissement (conseiller juridique auprès du personnel, auprès du conseil d'administration; procureur de l'établissement et ses préposés en matière de droit; information et formation du personnel sur les lois en vigueur).

7. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Contexte général

L'évolution des services à la jeunesse des dernières décennies a été étroitement liée au secteur législatif.

En 1977, la *Loi sur la protection de la jeunesse* introduit l'obligation de signaler les situations d'enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé physique. Elle met en place de nouvelles instances tant sociales que judiciaires afin d'aider les enfants et leur famille. Une révision importante de cette loi d'exception est en cours afin notamment d'en repréciser la portée et d'élargir à d'autres partenaires la responsabilité de protéger les enfants.

En 1984, le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur les jeunes contrevenants***,** découlant d'une réforme de la justice pénale. Cette loi a été récemment remplacée par la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) qui instaure une nouvelle stratégie dans la justice pour les jeunes (proportionnalité des délits et des peines) et dont le principal objectif est explicitement la protection du public.

Par ailleurs, depuis la fin des années 1980, une réflexion à l'échelle du Québec a été menée sur la façon d'augmenter l'efficacité des services de santé et les services sociaux offerts aux enfants, aux jeunes et aux parents. De nombreux rapports d'études, orientations et plans d'action ministériels ont alors souligné l'importance d'agir en amont des problèmes, d'assurer une continuité dans les services, de favoriser une concertation et une complémentarité des services, d'impliquer les milieux de vie et les réseaux des communautés dans la résolution des problèmes, d'adopter une approche globale, biopsychosociale et proactive au-delà des approches individuelles, spécialisées et réactives en application[31].

À la fin des années 1990, des états de situation et des réflexions sur l'offre de service jeunesse en CLSC, et très récemment, la transformation de notre réseau de services, viennent renforcer la nécessité de consolider les services de 1re ligne dans les nouvelles instances locales. En corollaire, les centres jeunesse sont appelés à resserrer leur offre de service autour de services spécialisés, en réponse à des besoins particuliers de jeunes.

[31] *Le PROS jeunesse des Laurentides* (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1996) fait état de cette évolution.

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail au regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership de la résolution de ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité ou un service

- Préciser concrètement les objectifs de consolidation et de développement de services (priorités) afin de parvenir à une base de référence commune concernant les services aux jeunes en difficulté à offrir en 1re ligne, et ce, selon les besoins de la population.

  - seuil minimum de services;
  - gamme de services;
  - standards d'intervention, de pratique;
  - mécanismes de coordination et de référence (Agence);

- discerner de façon précise les activités des services généraux et de santé publique et celles spécifiques au Programme jeunes en difficulté (MSSS, Agence);

- consolider les services spécifiques pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de parvenir à une base de référence commune, particulièrement pour la 1re ligne. Les services suivants sont concernés :

  - services d'accueil et d'évaluation;
  - évaluation spécialisée;
  - services psychosociaux;
  - services de psychothérapie;
  - services d'intervention de crise, immédiate et mobile;
  - services d'intervention intensive;
  - services de réadaptation;
  - services de répit-dépannage;
  - services d'intégration sociale;
  - services aux adolescents contrevenants (Agence);

- terminer la clarification des rôles et responsabilités respectives de la 1re ligne et de la 2e ligne concernant chacun de ces types de services, considérant les nouveaux paramètres légaux, cliniques et administratifs de la LSSSS et les modifications en profondeur de la LPJ (court terme). Les services de visites supervisées s'ajoutent aux services ci-dessus relativement à un besoin de clarification des rôles (CSSS : ententes de services);

- déterminer et appliquer des standards de pratique de façon commune : grilles d'évaluation des besoins de la clientèle, procédures de décision et de référence, meilleures pratiques (*best practices*), harmonisation des interventions : durée, type/modèle (MSSS, Agence);

- prévoir des ajouts budgétaires et de ressources humaines afin de pouvoir garantir un seuil minimal, et ce, pour l'ensemble des services du Programme jeunes en difficulté (Agence);

- consolider une approche d'interdisciplinarité locale, sachant qu'un bon nombre de jeunes desservis par le Programme jeunes en difficulté sont des jeunes multisymptomatiques. Ils présentent un ensemble de problèmes (problèmes d'adaptation, de développement, de comportement, jumelés à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale, etc.) et sont souvent sans diagnostic précis. Ces jeunes multiproblématiques représentent donc une part importante de la clientèle à desservir. Par ailleurs, pour les situations plus complexes de jeunes ayant une double problématique, le développement d'une expertise particulière régionale s'avère une nécessité (CSSS, Agence pour expertise régionale);

- renforcer la fonction d'évaluation des besoins en 1re ligne de l'ensemble des jeunes orientés vers les instances locales, incluant les jeunes multiproblématiques (CSSS);

- ajuster les services spécialisés destinés aux jeunes en protection à la révision imminente de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (CJL);

- ajuster les services spécialisés aux nouveaux objectifs et aux nouvelles approches découlant de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) (CJL).

Défi lié à l'accueil psychosocial et de santé et à l'évaluation des besoins réalisée en 1re ligne

- Consolider et développer des services d'accueil et d'évaluation spécifiques pour la clientèle des jeunes en difficulté et de leur famille[32] ; différencier de façon précise les concepts *d'évaluation des besoins* et d'*évaluation de la compromission*; poursuivre une formation sur le concept de protection; faire le lien avec les autres programmes s'adressant aux jeunes (CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL).

Défi lié à la réception et au traitement des signalements afin de statuer sur la compromission (RTS)

- Dans les limites des lois en vigueur concernant la confidentialité, favoriser le transfert d'information en appui à la référence personnalisée et avoir une compréhension commune des règles qui s'appliquent; mettre à jour les protocoles régionaux existants (CJL).

Défi lié à la référence et à l'orientation

- Instaurer l'utilisation d'un outil de demandes de services-transmission d'information entre les établissements, et ce, dans tous les établissements; assurer la fluidité des références à l'interne des nouveaux établissements fusionnés (CSSS); clarifier les procédures de décision (arbre de décision) et adopter des grilles communes d'évaluation des besoins de la clientèle; harmoniser et standardiser le processus d'accueil à la jeunesse dans les CSSS; voir la possibilité d'utiliser des outils existants (ex. : grille multiclientèle) ou de standardiser les pratiques interprogrammes quant à ces outils (CSSS, Agence).

Défi lié à l'évaluation spécialisée pour des jeunes présentant des problématiques requérant une expertise particulière *(victimes d'agression sexuelle; jeunes agresseurs sexuels; jeunes violents; jeunes suicidaires)*

- Consolider les services; départager les responsabilités de la 1re et de la 2e ligne; coordonner les services; améliorer la formation des intervenants de 1re ligne; obtenir un financement spécifique (CSSS, Agence).

[32] La porte d'entrée pour l'accès aux services sociaux de notre réseau ne doit pas être confondue avec l'accès aux services de protection lors d'un signalement pour une situation de compromission (LPJ). Le défi est d'offrir en 1re ligne un service complet d'évaluation (non fragmenté par problématique) évitant au jeune les allers et retours d'un service à l'autre pour que soit établi un portrait d'ensemble de sa situation.

Défi lié aux services psychosociaux de 1re ligne (LSSSS)

- Développer une gamme complète de services de 1re ligne; éviter le recours à la 2e ligne (LPJ ou mesures d'hébergement hors de la famille); clarifier les rôles et responsabilités de la 1re et 2e ligne en matière de services psychosociaux; consolider l'offre de service de 1re ligne pour les jeunes en grande difficulté; établir les collaborations de soutien de la 2e ligne à la 1re ligne; clarifier les rapports de la 1re ligne avec les commissions scolaires et les écoles pour optimiser l'intervention auprès des jeunes en difficulté, notamment par le biais de la table régionale MSSS-MEQ; coordonner les PSI : assurer les liens avec les autres dispensateurs de services (CSSS : ententes de services avec le CJL).

Défis liés aux services psychosociaux 2e ligne (LPJ – LSJPA)

- Assurer les ressources nécessaires à l'application de la LSJPA; assurer un retour planifié vers la 1re ligne quand la LPJ ou la LSJPA ne s'appliquent plus; assurer des alliances avec les commissions scolaires et les écoles pour faciliter le retour du jeune dans son milieu scolaire régulier au terme d'un hébergement (scolarisation à l'interne du centre de réadaptation ou hors de sa commission scolaire); assurer la mise en application des PSI (CJL, CSSS : ententes de services);

- revoir le protocole de collaboration CLSC-CJ en matière de partage de responsabilités, en considérant les nouveaux paramètres légaux, cliniques et administratifs (Agence en collaboration privilégiée avec les CSSS et le CJL).

Défis liés au service de soutien aux compétences parentales

- S'assurer que chaque niveau de services développe des interventions de soutien aux compétences parentales pour sa clientèle (CSSS) ;

- assurer les liens avec le Programme santé publique (CSSS).

Défi lié aux services de psychothérapie

- Avoir une offre de service harmonisée; distinguer psychothérapie de 1re ligne, psychothérapie de 2e ligne, et psychothérapie offerte en privé; déterminer qui est responsable de quel service de psychothérapie; établir les standards de pratique et le modèle de psychothérapie souhaités pour répondre aux besoins des jeunes et aux objectifs visés par ces interventions; coordonner la référence et préciser les besoins auxquels répond chacune des instances; faire le lien avec le Programme santé mentale jeunesse dans la description

de l'offre de service respective à chaque programme; consolider ces services pour ce qui est des ressources financières et humaines (CSSS).

Défis liés aux services d'intervention de crise immédiate et mobile (ou intervention en situation de détresse)

- Clarifier la spécificité des trois services de crise et prendre position sur l'opportunité de maintenir ces trois services spécifiques :
  - service de crise du Programme services généraux;
  - service de crise du Programme jeunes en difficulté;
  - service de crise du Centre jeunesse des Laurentides (Agence en collaboration privilégiée avec le CJL);

- établir les modalités d'arrimage et d'accès (CSSS : ententes de services);

- consolider les services de crise de 1re ligne (Agence).

Défi lié aux services d'intervention intensive [33]

- Avoir une offre de service accessible dans toute la région; établir les standards de pratique souhaités; établir ce qui relève de la 1re et de la 2e ligne dans une perspective de complémentarité de services sans dédoublement; consolider ce type de services en termes de ressources financières et humaines (CSSS : ententes de services).

Défi lié aux services de réadaptation de 1re ligne (LSSSS)

- Définir l'offre de service de réadaptation des CSSS; consolider les services de réadaptation en termes d'ajouts budgétaires et de ressources humaines ; clarifier les rôles et responsabilités de la 1re et de la 2e ligne en matière de services de réadaptation, établir les mécanismes de collaboration visant à assurer une continuité entre la 1re et la 2e ligne (CSSS).

[33] Actuellement, le CJ et plusieurs CLSC offrent des services d'intervention intensive suite à une situation de crise. Les responsabilités spécifiques ne sont pas nécessairement claires et les récents travaux provinciaux devraient soutenir notre réflexion en regard du rôle et de la responsabilité de l'instance locale et du CJL dans la prestation de services d'intervention de crise.

Défi lié aux services de réadaptation de 2e ligne (LPJ – LSJPA)

- Assurer les ressources nécessaires à l'application de la LSJPA; assurer un retour planifié vers la 1re ligne quand la LPJ ou la LSJPA ne s'appliquent plus; assurer des alliances avec les commissions scolaires et les écoles pour faciliter le retour du jeune dans son milieu scolaire régulier au terme d'un hébergement (scolarisation à l'interne du centre de réadaptation ou hors de sa commission scolaire); assurer la mise en application des PSI (CJL, Agence, CSSS : ententes de services).

Défi lié au traitement et à la réadaptation pour les jeunes présentant une double problématique

- Assurer la disponibilité des ressources nécessaires à l'application des protocoles; revoir et mettre à jour les protocoles actuels; faire le lien avec les modalités de coordination et statuer régionalement sur la pertinence d'utiliser la modalité dite des Équipes d'intervention jeunesse pour les cas « zone grise » (Agence, CJL, CR, CSSS);

- s'assurer que, dans le programme déficience physique, une activité de réadaptation auprès de jeunes avec troubles de comportement soit prévue. Lorsque les interventions d'adaptation-réadaptation sont destinées à des jeunes en difficulté qui présentent également un retard ou des troubles de communication (orthophonie), elles chevauchent plusieurs programmes : services généraux, déficience physique et jeunes en difficulté. Modalité de collaboration à prévoir pour éviter les cas « entre deux chaises » (CSSS : modalités d'intégration) ;

- harmoniser le libellé « réadaptation » avec les autres programmes-services (Agence).

Défi lié aux services de répit-dépannage

- Définir l'offre de service répit-dépannage des CSSS et consolider ces services; développer ce type de services autant pour les enfants LSSSS que LPJ; clarifier les rôles et responsabilités de la 1re et 2e ligne en matière de services de répit-dépannage, notamment de services d'hébergement de dépannage (CSSS, CJL, Agence).

Défi lié aux services d'intégration sociale pour les jeunes

- Avoir une définition commune de l' « intégration »; voir à ce que les réseaux locaux s'approprient les objectifs propres au réseau de la santé et des services sociaux; mettre en place l'entente MSSS-MEQ (CSSS).

Défi lié aux services d'intégration sociale et de réinsertion pour les jeunes de 16 ans et plus

- Clarifier le programme et développer l'offre de service; clarifier la responsabilité et la contribution de la 1re ligne et de la 2e ligne; poursuivre la participation de notre réseau au *Comité régional sur l'inclusion sociale et l'emploi des 15-25 ans* (MSSS, MEQ, DRHC, CLE, Forum Jeunesse); arrimer les services d'intégration pour les clientèles 16-17 ans avec ceux destinés aux 18-25 ans; assouplir les critères d'admissibilité aux programmes existants (emploi et formation socioprofessionnelle) pour mieux rejoindre une clientèle de jeunes plus vulnérables; obtenir le financement requis pour le développement de cette activité (CSSS, CJL, Agence)[34].

Défi lié aux services aux adolescents contrevenants (LSJPA) :

- Clarifier les modalités de financement de l'application de la nouvelle loi et accroître le financement de l'ensemble des services liés à la LSJPA (services communautaires et services du Centre jeunesse des Laurentides); assurer une présence des services communautaires liés à la LSJPA dans tous les territoires locaux (développer des points de services de justice alternative dans les territoires Trois-Vallées, Pays-d'en-Haut et Argenteuil); améliorer les arrimages avec les services policiers et avec le milieu scolaire et harmoniser les collaborations et les façons de faire (CJL).

Défis liés aux services médicaux spécialisés pour les jeunes en difficulté (en CH et en cliniques privées)

- Établir des stratégies qui permettront la sensibilisation des médecins pédiatres et généralistes (en CH et en cliniques privées) au dépistage de la maltraitance dans le cadre de leur pratique (CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL);

- développer une expertise médicale spécifique répondant aux exigences particulières liées aux services médicaux destinés à des jeunes en difficulté, tels que les jeunes maltraités, les jeunes suicidaires, les jeunes avec problèmes de toxicomanie, les jeunes anorexiques et jeunes de la rue. Cette expertise est requise pour :

[34] Les services d'intégration socioprofessionnelle devraient être sous la responsabilité du secteur de l'emploi, avec des ententes claires avec le secteur de la santé et des services sociaux et de l'éducation afin que chacun joue son rôle de soutien et que les responsabilités intersectorielles soient bien définies.

- répondre au besoin de nombreux enfants d'avoir accès à l'ensemble des traitements requis par leur état, dont les services médicaux et sociaux nécessaires pour les soulager, et assurer, tant par les démarches cliniques que légales, que leur situation s'améliore;
- établir et interpréter les faits entourant la condition des enfants (nature des blessures, analyse des circonstances, etc.) ainsi que procurer un appui à la 1re ligne médicale et au DPJ (Agence, CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL);

↳ sensibiliser et impliquer les médecins dans une approche biopsychosociale auprès des jeunes nécessitant diagnostic et suivi (CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL);

↳ mettre sur pied un réseau médicosocial d'experts en protection de la jeunesse (Agence);

↳ améliorer la coordination entre les services médicaux et les services psychosociaux et spécialisés aux jeunes en difficulté (CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL);

↳ faire reconnaître l'intervention médicale auprès des jeunes en difficulté comme une activité médicale particulière (AMP) (MSSS, Agence);

↳ mieux intégrer la pratique médicale dans l'ensemble des services sociaux et de santé, notamment dans les services sociaux à la jeunesse (CSSS en collaboration privilégiée avec le CJL).

Défi lié au traitement des adolescents agresseurs sexuels

↳ Consolider l'offre de service du Centre d'entraide et de traitement en agression sexuelle (CETAS). Les responsabilités régionales et suprarégionales en matière de traitement des agresseurs sexuels doivent être précisées (Agence).

Défi lié au traitement suite à une agression sexuelle, un abus physique grave ou une négligence menaçant la santé de l'enfant ou du jeune

↳ S'assurer d'un seuil minimum de services pour les victimes d'agression sexuelle et pour les agresseurs sexuels sur la base d'une offre de service claire, coordonnée, complémentaire et connue (CJL, CSSS : ententes de services, Agence).

Défi lié au traitement des jeunes suicidaires

- Consolider l'offre de service du CPS le Faubourg pour la clientèle ayant fait une tentative de suicide et pour les proches et assurer les liens avec le Programme santé mentale (Agence, CSSS : ententes de services).

Défis liés aux services d'hébergement

- Convenir d'une compréhension commune du recours à l'hébergement (Agence);

- clarifier la pertinence et la hauteur du besoin de ce service pour des jeunes suivis en vertu de la LSSSS (Agence, CSSS);

- analyser la pertinence de confier le mandat de l'hébergement de dépannage et de crise aux CSSS (Agence, CSSS, CJL);

- reconnaître l'expertise des CSSS pour faire l'évaluation des besoins d'hébergement pour la clientèle LSSSS (Agence, CSSS, CJL).

Défi lié aux services d'hébergement de crise, temporaire et communautaire

- Accroître le nombre de places d'hébergement répit-dépannage (crise-temporaire) et communautaire (Agence).

Défis liés à l'hébergement en RI/RTF

- Clarifier le fait que les jeunes hébergés en LPJ et en LSJPA sont soutenus par le CJ et que les jeunes hébergés sous la LSSSS sont soutenus par l'instance locale (Agence, CJL, CSSS : ententes de services);

- établir les liens avec les mécanismes d'accès (CJL, CSSS : ententes de services);

- établir les modalités de coïntervention quand la situation implique que la ressource soit soutenue par le CJ et le client par l'instance locale (CJL, CSSS : ententes de services).

Défi lié à l'hébergement en unité de vie et en RI

- Poursuivre une utilisation optimale des places d'hébergement notamment par une réévaluation régulière de la situation des jeunes hébergés et par le développement d'alternatives à l'hébergement (CJL).

Défi lié à l'hébergement en RI et en unité de vie pour jeunes vivant une double problématique

- Assurer la disponibilité des ressources nécessaires à l'application des protocoles (révision et mise à jour et lien avec les mécanismes d'accès) (CJL, CR, CSSS : ententes de services).

Défi lié aux services à des jeunes vivant une double problématique

- Revoir le protocole de collaboration CLSC-CJ en matière de partage de responsabilités, en considérant les nouveaux paramètres légaux, cliniques et administratifs; assurer la disponibilité des ressources nécessaires à l'application des protocoles; revoir les modalités d'arrimage entre partenaires; développer une expertise particulière régionale dans une intervention auprès de jeunes vivant une double problématique; statuer régionalement sur la pertinence d'utiliser la modalité dite des Équipes d'intervention jeunesse pour les cas « zone grise »; consolider une approche d'interdisciplinarité locale (CJL/CR : ententes de services, CSSS/CJL : ententes de services).

Défi lié aux visites supervisées

- Clarifier les responsabilités respectives des instances locales et du Centre jeunesse des Laurentides (CSSS : ententes de services).

Défi lié aux services de médiation-conciliation sociale

- Consolider ces services et s'assurer de son accès sur chaque territoire local (Agence, CSSS).

Défi lié aux autres services offerts dans la communauté

Concernant l'intervention auprès de jeunes en difficulté et de leur famille, il est reconnu que des coopérations fructueuses existent entre des organismes et des établissements et il est souhaité que celles-ci puissent se poursuivre.

À la lumière des transformations du système de santé, il est proposé que des modalités de collaboration, incluant les ententes de services, respectueuses des mandats et missions respectives soient adoptées et mises en application. À cet égard, le Regroupement des organismes communautaires des Laurentides et les directeurs généraux du réseau et l'Agence ont déjà échangé et des travaux sont projetés.

Défi lié à la bascule téléphonique

- Instaurer un système de bascule téléphonique directe interétablissements, fonctionnant 24 heures par jour, 7 jours par semaine, permettant à l'usager de recevoir une réponse appropriée, indépendamment du fait qu'il s'adresse au CSSS, au Centre jeunesse des Laurentides, à l'urgence sociale ou à Info Santé (Agence en concertation avec les CSSS et le CJL).

Défis liés à la gestion du parc RI-RTF et encadrement des ressources

- Faire un inventaire précis des besoins pour les prochaines années (incluant la clientèle LSSSS) (Agence);

- analyser les pratiques actuelles en matière d'utilisation de l'hébergement en RI/RTF (CJL);

- mettre à niveau la catégorisation (CJL).

Défis liés au mécanisme d'accès aux ressources d'hébergement

- Poursuivre la réflexion sur la pratique en hébergement (Agence);

- identifier la pertinence et la hauteur du besoin de ce service pour des jeunes suivis en vertu de la LSSSS (Agence, CSSS);

- prendre une décision sur la pertinence et l'intérêt que les CSSS aient la responsabilité de l'hébergement pour les jeunes n'étant pas sous la LPJ ou la LSJPA (Agence, CSSS).

Défis liés au mécanisme d'accès aux services spécialisés

- Développer une 1re ligne forte en matière de services spécialisés pour les jeunes LSSSS (Agence, CSSS);

- s'assurer du soutien du CJL en soutien aux services de 1re ligne (CSSS : ententes de services).

Défis liés à la coordination des services psychosociaux et médicaux

- Améliorer la coordination des services médicaux avec les services psychosociaux et spécialisés aux jeunes en difficulté (Agence, CSSS : modalités d'intégration);

- favoriser un transfert de connaissance et un soutien des services médicaux face à la 1re ligne sociale (CSSS).

Défis liés à la fonction de coordination– PSI

- Mettre en place des modalités pour assurer la coordination des PSI par les CSSS et leur mise en application par l'ensemble des partenaires (CSSS : ententes de services);

- définir le concept et les outils PSI pour la région (Agence).

Défi lié à la fonction de liaison

- Mettre en place cette modalité de coordination dans chaque RLS (CSSS).

Défis liés à l'Équipe d'intervention jeunesse

- Statuer sur la pertinence d'utiliser la modalité dite des Équipes d'intervention jeunesse pour les cas « zone grise », et ce, à la lumière de l'évaluation nationale et régionale (Agence, CSSS);

- s'assurer que les pratiques de l'ÉIJ respectent l'organisation des services publics telle que définie dans les ententes notamment en matière d'accès aux services de psychiatrie, de neuropsychologie, d'orthophonie, etc. (CSSS).

Défis liés au système d'information/ transmission d'information

- Assurer un financement adéquat (Agence);

- procéder à une mise à niveau des systèmes d'information et procéder à leur harmonisation afin qu'ils puissent supporter la continuité des services aux jeunes; voir la pertinence de recourir à l'outil DESI : demande de services interétablissements (Agence).

Défis liés au mécanisme de liaison avec les autres partenaires

- Poursuivre la collaboration entre les CSSS et le réseau scolaire notamment par le biais de la table locale MSSS-MEQ (CSSS);

- poursuivre la collaboration avec les organismes communautaires et les autres partenaires concernés par les services aux jeunes et aux familles (CSSS).

4



Programme

Perte d'autonomie liée au vieillissement

1. DÉFINITION DU PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Le programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement*[35] remplace le programme *Personnes âgées en perte d'autonomie*. Il regroupe les services - autres que les services généraux – destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage.

Le programme s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, notamment en raison de l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques.

Il faut insister ici sur le fait que l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème.

L'approche privilégiée au sein de ce programme diffère de celle des soins aigus où l'on porte un diagnostic et où l'on traite la maladie (Programmes santé physique et Programme services généraux-activités cliniques et d'aide). Pour les personnes en perte d'autonomie, il ne s'agit pas nécessairement de guérir, mais davantage de compenser la détérioration des conditions de santé et de miser sur le potentiel résiduel, et d'assurer la sécurité des personnes dans leur résidence.

Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) des CHSLD ne font pas partie de ce programme, mais sont incluses dans le Programme santé physique ou le Programme déficience physique, selon les incapacités en cause : les services destinés aux personnes qui ont une incapacité temporaire appartiennent au Programme santé physique, alors que les services destinés aux personnes ayant une incapacité significative et persistante sont classés dans le Programme déficience physique.

Les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie sont souvent ponctués d'épisodes de soins aigus, lesquels font partie du Programme santé physique (suivant la même logique qui s'applique à toutes les clientèles de longue durée).

[35] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux,* janvier 2004.

Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) ne font pas partie du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, mais plutôt du Programme déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait s'aggraver et se confondre avec la perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans ce cas, les services du Programme perte d'autonomie liée au vieillissement répondraient davantage aux besoins de ces personnes.

Les personnes qui sont hébergées en CHSLD à cause d'un autre problème que la perte d'autonomie liée au vieillissement (ex. : déficience intellectuelle), peu importe leur âge, ne devraient pas faire partie de ce programme. Elles devraient recevoir des services propres à leur problématique. Au cours des prochaines années, il faudra veiller à ce que les services offerts à ces personnes n'apparaissent pas dans le contour financier du Programme perte d'autonomie liée au vieillissement, mais bien dans le programme qui répond à leur problématique : déficience physique, déficience intellectuelle ou santé mentale. Une période transitoire doit toutefois être prévue.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Le tableau suivant indique, par RLS, le nombre de personnes de 65 ans et plus, leur taux d'accroissement et leur proportion par rapport à la population totale.

Personnes de 65 ans et plus

Source : Bureau de statistique du Québec

	2001	2006	2001 à 2006	2001	2006
RLS	65 ans +	65 ans +	accroiss 65+	% 65+/pop	% 65+/pop
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	8 524	9 898	16%	9%	10%
Thérèse-De Blainville	9 512	12 097	27%	7%	8%
Antoine Labelle	4 929	5 811	18%	15%	17%
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	12 109	14 947	23%	11%	12%
Pays-d'en-Haut	5 484	6 658	21%	17%	19%
Des Laurentides	6 053	6 933	15%	15%	17%
Argenteuil	4 671	5 165	11%	16%	17%
Région	51 282	61 509	20%	11%	12%

Source : Bureau de la statistique du Québec

Personnes de 75 ans et plus

	2001	2006	2001 à 2006	2001	2006
RLS	75 ans +	75 ans +	accroiss 75+	% 75+/pop	% 75+/pop
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	3339	4027	21%	3%	4%
Thérèse-De Blainville	3577	4746	33%	3%	3%
Antoine Labelle	1890	2345	24%	6%	7%
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	4677	6172	32%	4%	5%
Pays-d'en-Haut	1800	2512	40%	6%	7%
Des Laurentides	2280	2764	21%	6%	7%
Argenteuil	1988	2338	18%	7%	8%
Région	19551	24904	27%	4%	5%

Source : Bureau de la statistique du Québec

Le tableau suivant indique le taux québécois d'incapacité selon la gravité de l'incapacité pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Taux d'incapacité

Gravité	Légère	Modérée	Grave	Total
Taux	20,8%	12,3%	8,5%	41,6%

(Source: Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) 1998, p. 80).

En se basant sur les taux québécois d'incapacité, le tableau présente une estimation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus selon la gravité de l'incapacité par territoire de RLS (projection 2004). Il est à noter que les données par RLS sont des approximations et doivent être utilisées avec des réserves.

Estimation du nombre de personnes de 65 ans et plus présentant une incapacité (2005)

	2005				
RLS	65 ans +	Légère	Modérée	Grave	Total
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	9534	1 983	1 173	810	3 966
Thérèse-De Blainville	11481	2 388	1 412	976	4 776
Antoine-Labelle	5623	1 170	692	478	2 339
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	14270	2 968	1 755	1 213	5 936
Pays-d'en-Haut	6386	1 328	785	543	2 657
Des Laurentides	6705	1 395	825	570	2 789
Argenteuil	5046	1 050	621	429	2 099
Région Laurentides	59045	12 281	7 263	5 019	24 563

Source : Agence des Laurentides, projection des taux d'incapacité sur la population

Le tableau suivant indique le taux québécois d'incapacité selon la gravité de l'incapacité pour les personnes âgées de 75 ans et plus

Taux québécois d'incapacité

Gravité	Légère	Modérée	Grave	Total
Taux	23,8%	17,7%	13,9%	55,4%

(Source: Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) 1998, p. 80)

Estimation du nombre de personnes de 75 ans et plus présentant une incapacité (2005)

	2005				
RLS	75 ans +	Légère	Modérée	Grave	Total
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	3871	921	685	538	2 145
Thérèse-De Blainville	4518	1 075	800	628	2 503
Antoine-Labelle	2240	533	396	311	1 241
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	5908	1 406	1 046	821	3 273
Pays-d'en-Haut	2356	561	417	327	1 305
Des Laurentides	2671	636	473	371	1 480
Argenteuil	2268	540	401	315	1 256
Région Laurentides	23832	5 672	4 218	3 313	13 203

Source : Agence des Laurentides, projection des taux d'incapacité sur la population

Le tableau suivant indique les écarts de places en hébergement permanent de type CHSLD selon un taux d'hébergement de 3,5 places par 100 personnes âgées de 65 ans et plus (2005-2011) (mise à jour au 1er février 2005).

Hébergement : Écart de lits selon un taux de 3,5 %

RLS	Lits 2005	2005	2007	2009	2011
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	356	22	-6	-42	-81
Thérèse-De Blainville	334	-68	-112	-167	-226
Antoine-Labelle	194	-3	-16	-33	-51
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	422	-77	-123	-172	-227
Pays-d'en-Haut	78	-146	-166	-186	-207
Des Laurentides	187	-48	-64	-82	-103
Argenteuil	159	-18	-26	-36	-48
Total région	1728	-337	-512	-717	-942

** lits d'hébergement permanents incluant les achats de places en CHSLD*
Source : Agence des Laurentides : lits occupés par des personnes de 65 ans et plus estimés (PLAISIR mars 2004) (88 % des lits)

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

Services /RLS	Thérèse-de-Blainville	Deux-Montagnes MS	Riv.-du-Nord MN	Argenteuil	Pays-d'en-Haut	Laurentides	Antoine-Labelle
Services à Domicile	CLSC-CHSLD Th.-de-Bl.	CLSC J.-O. Chénier	CLSC-A.-Buies	Étab.de santé d'Argenteuil	CLSC-CHSLD des P.-d'en-H.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	CH-CLSC-CHSLD-CR A-L
Services externes	CLSC-CHSLD Th.-de-Bl.	CHSLD de la Rive et de Mirabel	CHSLD de la Riv.-du-Nord	Étab.de santé d'Argenteuil	CLSC-CHSLD des P.-d'en-H.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	CH-CLSC-CHSLD-CR A-L
Clinique ext. en gériatrie							
Gériatrie de courte durée		CH St-Eustache	HDSJ	Étab. de santé d'Argenteuil		CH-CLSC-CHSLD des Sommets	CH-CLSC-CHSLD-CR A-L
Héb. temporaire	CLSC-CHSLD Th.-de-Bl.	CHSLD de la Rive et de Mirabel, CHSLD Deux-M.	CHSLD de la Riv.-du-Nord, Villa Soleil	Étab. de santé d'Argenteuil	CLSC-CHSLD des P.-d'en-H.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, RI	CH-CLSC-CHSLD-CR A-L
Héb. permanent	CLSC-CHSLD Th.-de-Bl., Boisé Ste-Thérèse, RI	CHSLD de la Rive et de Mirabel, CHSLD Deux-M., Domaine des Trois-Pignons, Manoir d'Oka, RI	CHSLD de la Riv.-du-Nord, Villa Solei, RI	Étab. de santé d'Argenteuil, Rés. de Lachute, RI, rés. priv. avec entente	CLSC-CHSLD des P.-d'en-H.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, RI	CH-CLSC-CHSLD-CR A-L, RI
Serv. visites amitié, transport, popotes	Org. comm.	Org. comm.	Org. comm.	Org.comm.	Org. comm.	Org. comm.	Org. comm.
Serv. d'aide à domicile	Ent. d'écon. sociale	Ent. d'écon. sociale	Ent. d'écon. sociale		Ent. d'écon. sociale	Ent. d'écon. sociale	Ent. d'écon. sociale
Serv. médicaux	Cliniques méd.	Cliniques méd.	Cliniques méd.	Cliniques méd.	Cliniques méd.	Cliniques méd.	Cliniques méd.
Serv. pharma.	Pharma.	Pharma.	Pharma.	Pharma.	Pharma.	Pharma.	Pharma.
Serv. rés. Privés	Rés. privées	Rés. privées	Rés. privées	Rés. privées	Rés. privées	Rés. privées	Rés. privées

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

Le tableau suivant fait état des ententes actuellement en cours avec des CHSLD privés non conventionnés aux fins de désengorgement des centres hospitaliers au niveau des personnes en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée.

Ententes d'hébergement en cours – janvier 2005

Responsable de l'entente	CHSLD privé non conventionné	Nombre de places (janvier 2005)
CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel	Domaine des Trois-Pignons	64
CSSS Thérèse-De Blainville	Boisé Ste-Thérèse	30
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides	Manoir d'Oka	26
Total		120

Source : Agence des Laurentides

Le tableau suivant indique les ententes présentement en vigueur avec des ressources intermédiaires aux fins d'hébergement permanent, d'hébergement temporaire (répit) ou de transition-convalescence (désengorgement des centres hospitaliers) (mise à jour au 1er février 2005).

	RESSOURCES	PERMANENT CLIENTÈLE LÉGÈRE	RÉPIT-DÉPANNAGE CLIENTÈLE LÉGÈRE	RÉPIT-DÉPANNAGE CLIENTÈLE LOURDE	Trans-convalescence clientèle lourde	Total ressources	Total
CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel	St-Louis	19			4	23	42
	De l'Avent			5	4	9	
	De l'Avent II				7	7	
	Manoir G. Parents				3	3	
CSSS Thérèse-De Blainville	Marie-Thérèse	12				12	37
	Franc			2		2	
	Joie de vivre	23				23	
CSSS Rivière du nord/Nord de Mirabel	Médaillon d'Or	9				9	61
	Franc			1	15	16	
	Villa du nord				29	29	
	Rés. Desjardins				7	7	
CSSS Argenteuil	Seigneurie d'Arg.	18	4			22	22
CSSS Sommets	Havre du Manoir				11	11	11
CSSS Antoine-Labelle	Therrien	23	1			24	56
	Campeau	12				12	
	Côme-Cartier	20				20	
TOTAL		136	5	8	80	229	229

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les **Orientations ministérielles** concernant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie visent trois grands objectifs :

- l'intégration des services;
- l'accès à une gamme de services élargie et adaptée;
- la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.

La politique de soutien à domicile « **Chez soi mon premier choix** », quant à elle, vise les objectifs suivants :

- assurer la gratuité des services, selon les besoins, sur la base de l'équité entre les diverses clientèles;
- permettre aux personnes d'exercer leur choix, en toute sécurité;
- être en mesure d'offrir une réponse comparable et équitable sur l'ensemble du territoire du Québec;
- attribuer une responsabilité claire pour l'accès, l'évaluation, la coordination des services et le cheminement de la personne;
- assurer le développement continu des services à domicile et, plus largement, du soutien à domicile.

Le domicile est décrit comme étant le lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente. Il inclut : le domicile naturel, la résidence de type chambre et pension (résidence privée à but lucratif, résidence privée à but non lucratif, coopérative d'habitation, habitation à loyer modique avec services et communauté religieuse) et la ressource non institutionnelle (ressource intermédiaire, ressource de type familial).

Il exclut les établissements d'hébergement (CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés).

La gamme de services offerts à domicile comprend les soins et services professionnels, les services d'aide à domicile, les services aux proches aidants, et les activités de soutien technique.

Enfin, en octobre 2004, le directeur du secteur personnes âgées au Ministère donnait aux agences des pistes d'actions en ce qui a trait à l'organisation des soins pour les personnes âgées, principalement en rapport avec l'occupation des lits de courte durée par les personnes en attente de placement. Vous trouverez ci-dessous de larges extraits de sa lettre.

> *«La transformation de nos modes d'organisation et de prestation des services pour les personnes âgées est guidée par les orientations ministérielles en cette matière et par la politique de soutien à domicile «Chez-soi : le premier choix». Les structures organisationnelles qui en découlent, constituent des leviers devant permettre de rendre accessibles des services de qualité, intégrés et planifiés de manière à poursuivre le «virage communauté».*
>
> *Compte tenu que la fluidité de la clientèle à l'urgence est essentielle à son bon fonctionnement, il est primordial que les lits de courte durée ne soient pas utilisés pour attendre des services d'hébergement. De plus, dans la perspective d'une clientèle âgée en perte d'autonomie dont l'accroissement est prévisible dans les prochaines années, il est prioritaire d'instaurer des mesures structurantes qui permettront son maintien dans la communauté le plus longtemps possible.*
>
> *Or, trois états de fait expliquent l'engorgement des lits de courte durée par la clientèle âgée en perte d'autonomie en attente d'hébergement :*
>
> *Au niveau du CH de courte durée:*
>
> - *l'absence d'une prise en charge adaptée à la clientèle gériatrique induit la perte d'autonomie qui, à son tour, induit une demande d'hébergement.*
> - *syndrome d'immobilisation;*
> - *apparition de problèmes d'équilibre secondaires à l'alitement;*
> - *déconditionnement rapide secondaire à l'immobilisation des personnes;*
> - *dénutrition secondaire aux différents jeûnes imposés par les protocoles d'examen;*
> - *délirium passé inaperçu par méconnaissance des signes de sa présence chez la clientèle gériatrique;*
> - *perte d'autonomie secondaire à la médication.*
>
> *Au niveau de l'organisation des services :*
>
> - *l'absence d'un réseau de services intégrés pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement fait en sorte que des CH de courte durée orientent systématiquement cette clientèle vers l'hébergement alors que d'autres alternatives seraient plus appropriées;*
>
> - *l'absence de liens formels entre les services de soutien à domicile et les CH de courte durée ne permet pas aux services de soutien à domicile d'intervenir au moment opportun ou de façon efficace;*
>
> - *l'expertise hospitalière n'est pas appropriée pour évaluer l'orientation d'une clientèle gériatrique; elle ne connaît pas toutes les ressources de la communauté;*

- *l'absence de coordination entre les services hospitaliers et les ressources de la communauté retarde indûment le retour à domicile et, par-là même, le compromet.*

Au niveau de l'offre de service

L'absence d'une offre de soins post-hospitaliers à une clientèle gériatrique ne pouvant retourner à domicile parce qu'elle nécessite une période de convalescence avec réadaptation et soins d'assistance induit une orientation précipitée vers l'hébergement :

- *la clientèle n'a pu bénéficier d'une période de convalescence nécessaire à son retour dans la communauté;*
- *après l'écoulement d'une période de convalescence, alors que la personne a déjà été admise en CHSLD, elle peut recouvrer une autonomie qui lui permettrait de retourner à domicile mais, souvent, celui-ci n'existe plus (on a cassé maison);*
- *l'attente pour une place en CHSLD a lieu, le plus souvent, dans un CH où les soins gériatriques sont absents si bien que l'état de santé de la clientèle se détériore davantage.*

L'absence d'une offre de soins post-hospitaliers à la clientèle gériatrique dans la communauté fait en sorte qu'elle n'a d'autres choix que le recours aux soins aigus des CH au moindre problème de santé.

Ces trois causes ont pour effet d'accentuer les incapacités chez les personnes âgées, produisant ainsi davantage de pression sur la demande de soins et de services à domicile ou d'hébergement. Aussi, il est urgent de mettre en place des solutions permettant de diminuer le risque d'augmentation des incapacités des personnes.

SOLUTIONS À COURT TERME (Dès maintenant)

Objectif immédiat : libérer les lits de santé physique occupés par des personnes en attente d'hébergement.

Moyen : confier au CSSS la responsabilité des personnes occupant un lit de courte durée et en attente d'hébergement tant au niveau de l'évaluation et de l'orientation que des coûts encourus après l'épisode de soins aigus.

1. *Confier au CSSS d'origine de la personne son orientation vers une ressource appropriée en priorisant celle la plus près de la communauté :*

- *soutien intensif à domicile;*
- *soutien intensif dans une résidence privée;*
- *places en ressources intermédiaires;*
- *utilisation des places en hébergement temporaire;*
- *leur admission en CHSLD ne devient acceptable que si la démonstration est faite que seule cette ressource convient aux besoins de la personne.*

2. *Pour tous les nouveaux cas, confier au CSSS la responsabilité de leur évaluation et de leur orientation dès la fin de l'épisode de soins aigus et, en*

conséquence, ne plus accepter d'orientation en CHSLD de la part du CH. À cet effet, le CH a l'obligation de prévenir le CSSS de la présence en ses murs d'une personne en perte d'autonomie dès son identification à l'urgence.

SOLUTIONS À MOYEN TERME (Environ 6 mois)

Objectif : limiter l'apparition de la perte d'autonomie en offrant des alternatives dans la communauté de façon à limiter l'accentuation de la pression sur la demande de soutien à domicile ou d'hébergement.

1. *Au niveau du CH de courte durée :*

développer une pratique de réadaptation hospitalière avec une équipe multidisciplinaire de consultation et d'intervention gériatrique :

- *dépistage de la clientèle à risque de perte d'autonomie dès l'urgence à l'aide d'un outil validé;*
- *référence systématique des personnes dépistées à l'équipe de consultation et d'intervention gériatrique;*
- *adopter la réadaptation hospitalière pour cette clientèle autant à l'urgence que sur les unités de soins :*
  - *évaluation multidisciplinaire, intervention maximale;*
  - *rencontres multidisciplinaires, rencontres familiales;*
  - *plans de soins individualisés;*
  - *plan de sortie du CH avec implication du CSSS (CLSC) dès que possible au cours de l'épisode de soins aigus.*

2. *Au niveau de l'organisation des services:*

mettre en place le réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie :

- *toute personne âgée dépistée en perte d'autonomie ou à risque de l'être est référée au CSSS (CLSC);*
- *seul le CSSS (CLSC)de l'orientation de la personne;*
- *chaque personne a un gestionnaire de cas qui lui est attribué.*

3. *Au niveau de l'offre de service :*

à partir des ressources existantes, organiser une offre de service de soins post-hospitaliers pour permettre à la clientèle hospitalisée en courte durée de pouvoir en sortir aussitôt l'épisode de soins aigus terminé ou d'éviter à la clientèle à domicile de n'avoir que le CH de courte durée comme solution au moindre problème de santé :

- *services requérant un encadrement médical, infirmier et de réadaptation moindre que celui nécessaire en soins aigus mais une prestation plus intensive que celle des services de soutien à domicile réguliers;*
- *services pouvant être dispensés en unité interne : réadaptation fonctionnelle intensive (intensité variable);*
- *services pouvant être dispensés en mode ambulatoire : hôpital de jour;*
- *services pouvant être dispensés à domicile : réadaptation et suivi intensif à domicile».*

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement en regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

4.1. ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Évaluation des besoins de l'usager et du proche aidant.

Ce service vise à répondre aux demandes adressées à l'établissement. Il comporte la prise de contact, la cueillette d'information en vue de répertorier les besoins, l'évaluation de la demande, l'orientation, la référence, l'accompagnement et la liaison avec les services appropriés.

Dépistage des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et référence à la ressource appropriée

Ce service consiste à dépister les adultes en perte d'autonomie ou à risque de l'être et à les référer à la ressource appropriée.

4.2. INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Services de soutien à domicile

Ces services sont offerts au domicile naturel, en résidence privée de type chambre et pension, en ressource intermédiaire (RI), en ressource de type familial (RTF) et en résidence privée avec entente de services (projet novateur).

Ils consistent :

en soins et services professionnels, spécifiquement des services médicaux, des soins infirmiers, des services de nutrition; de physiothérapie; d'ergothérapie,

d'orthophonie, d'audiologie, d'inhalothérapie, des services psychosociaux, des services d'organisation communautaire, de pharmacie;

en services d'aide à domicile, spécifiquement des services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.), d'aide domestique (entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements, lessive, etc.), de soutien civique (aide pour administrer le budget, remplir des formulaires, etc.), de popote et d'accompagnement, de visites d'amitié, d'assistance à l'apprentissage (activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc.), d'appui aux tâches familiales (dans le cas d'un parent ou d'un conjoint ayant une incapacité pour réaliser des activités telles que le soutien à l'organisation matérielle, etc.);

en services aux proches aidants, spécifiquement de services de gardiennage ou présence-surveillance, de répit, de dépannage (dont l'urgence sociale), d'appui aux tâches quotidiennes (soutien dans l'organisation de la vie matérielle, accompagnement), de services psychosociaux permettant aux proches aidants de s'adapter au fait d'accompagner un proche en perte d'autonomie, et de services d'organisation communautaire : appui au développement des services d'aide à la personne et des services aux proches aidants;

en activités de soutien technique, spécifiquement de l'accès à des fournitures médicales et spécialisées ainsi qu'à des équipements et des aides techniques.

Services externes

Ces services incluent les programmes d'évaluation diagnostique et de traitement, de récupération des capacités fonctionnelles (ex-hôpital de jour), de maintien des capacités fonctionnelles (ex-centre de jour), de halte-répit (ex-centre de jour) et des activités sociorécréatives (ex-centre de jour).

Ils comprennent des services médicaux, des soins infirmiers, le traitement en physiothérapie, le traitement en ergothérapie, l'adaptation et le prêt d'aides techniques, l'entraînement aux AVQ et aux AVD, les suivis de santé, l'enseignement, la relation d'aide, le soutien aux proches aidants (en individuel et en groupe), les consultations psychosociales, les groupes de parkinsoniens, d'hémiplégiques, d'arthritiques, de diabétiques, de sclérose en plaques, etc., la médication, la prévention des chutes, la réminiscence, l'orientation dans la réalité, la stimulation, la socialisation, l'adaptation au deuil, la réinsertion sociale, l'entraide, la motivation-valorisation, les activités de type occupationnel, les exercices physiques, les jeux, sorties, voyages et camps de vacances.

4.3. TRAITEMENT OU MILIEU DE VIE AVEC HÉBERGEMENT

Services d'hébergement et de soins de longue durée

Ces services comprennent les programmes permettant de répondre aux besoins biopsychosociaux et spirituels des usagers selon l'approche prothétique élargie, spécifiquement les îlots prothétiques ouverts, les îlots prothétiques ouverts avec soins de confort, les îlots prothétiques fermés, les îlots spécifiques pour clientèle ayant des problèmes de comportement avec potentiel de violence physique ou avec multiproblématiques.

Services de type milieu de vie

Ces services incluent le gîte personnalisé et adapté, l'alimentation, la buanderie, l'entretien ménager, la surveillance 24 heures sur 24, le transport adapté, les relations avec la communauté, les activités culturelles et sociales, l'animation et les loisirs, la pastorale, le bénévolat et la coiffure.

Services de type milieu de soins

Ces services comprennent des soins d'assistance, des soins infirmiers, des soins médicaux et paramédicaux (ex. : denturologiste, optométriste, podiatre, audioprothésiste), de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la diététique, des activités récréatives et thérapeutiques, de l'inhalothérapie, de l'orthophonie, de l'audiologie, de la pharmacie, des services psychosociaux et de la psychologie.

Services d'hébergement temporaire

Ces services répondent à des besoins de répit, de dépannage, de convalescence et d'évaluation-observation. Les usagers ont accès aux mêmes programmes et aux mêmes services qu'en hébergement permanent.

4.4. TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION

Unités de courte durée gériatrique

Il s'agit des unités d'évaluation, d'investigation, de traitement et de réadaptation brève destinées aux usagers gériatriques ayant une condition médicale aiguë ou une détérioration de l'état de santé entraînant des incapacités fonctionnelles ou un risque d'incapacité fonctionnelle nécessitant une hospitalisation de courte durée.

Services de psychogériatrie

Services spécialisés destinés aux usagers à profil gériatrique ayant des problématiques de santé mentale.

Consultations gériatriques dans les unités de soins en milieu hospitalier

Consultation demandée par un médecin à un autre médecin ayant une compétence en gériatrie, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire en gériatrie. Ce service consiste à offrir une expertise auprès des unités de médecine ou de chirurgie, sur l'approche, le diagnostic et le traitement de l'usager gériatrique. Il permet d'assurer un service d'évaluation globale gériatrique, un plan de traitement et un suivi pour les usagers non admissibles à l'unité de courte durée gériatrique (dont ceux en attente d'hébergement). Enfin ce service permettrait un suivi conjoint sur les soins pré-, per- et postopératoires des usagers d'âge avancé qui doivent subir une intervention chirurgicale (ex. fracture de hanche, chirurgie abdominale, etc.).

Dépistage et référence des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie dans les unités de soins en milieu hospitalier

Ces activités consistent à diriger, au besoin et de façon précoce, l'usager vers une évaluation gériatrique globale dans le but de suggérer des interventions pour prévenir la détérioration de l'état fonctionnel durant l'hospitalisation, et pour prévenir des situations de crises, de morbidité et mortalité secondaires. Ces interventions favoriseraient le maintien dans le milieu d'origine de façon sécuritaire et ainsi diminueraient la fréquentation de l'urgence, le recours à l'hospitalisation et à l'hébergement permanent.

Ces activités permettent également d'identifier, de façon précoce, tout usager susceptible de nécessiter des services à plus ou moins brève échéance, à la suite de la phase d'hospitalisation, et ce, afin d'anticiper les besoins et d'organiser les ressources nécessaires au congé. Ces interventions permettent aussi d'éviter la prolongation inutile du séjour à l'hôpital ou la réhospitalisation précoce et de répondre rapidement aux besoins de l'usager au moment nécessaire.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIATS

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Évaluation des besoins de l'usager et du proche aidant.	CSSS	
Dépistage des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et référence à la ressource appropriée	CSSS	médecins, autres établissements
Services de soutien à domicile	CSSS	entreprises d'économie sociale, org. comm.
Services externes	CSSS	
Services d'hébergement permanent	CSSS	Autres CHSLD
Services d'hébergement temporaire	CSSS	Autres CHSLD
Unités de courte durée gériatrique	CSSS	
Services de psychogériatrie	CH régional	
Consultations gériatriques en milieu hospitalier	CSSS	
Dépistage et référence des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie en milieu hospitalier	CSSS	
Répondant du programme	CSSS	
Comité de coordination locale	CSSS	
Fonction d'intervenant-pivot	CSSS	Autres CHSLD
Fonction de coordination PSI et PI	CSSS	Autres CHSLD
Dossier clinique informatisé	Agence	
Fonction d'agent de liaison	CSSS	
Mécanismes de référence entre les partenaires	CSSS	Autres CHSLD, résidences privées
Mécanismes d'accès pour l'hébergement permanent et temporaire	CSSS	Autres CHSLD, résidences privées
Gestion du parc des ressources non institutionnelles (RNI)	CSSS	
Ententes de services	CSSS	Autres CHSLD, médecins, org. com. entreprises d'économie sociale, résidences privées
Mécanismes de vigie-qualité en établissement	CSSS	Autres CHSLD
Réception et traitement des signalements concernant les résidences privées	Agence	CSSS, résidences privées
Mécanisme de vigie-qualité en résidence privée	CSSS/Agence	Résidences privées

6. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

En plus des modalités communes à tous les programmes identifiées dans la première section du présent document, le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement doit être soutenu par des modalités particulières.

Comité de coordination locale

La coordination locale est assurée par un comité de coordination composé de représentants du CSSS et des autres partenaires concernés, s'il y a lieu, tels que les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies, organismes communautaires, résidences privées certifiées, entreprises d'économie sociale.

Le mandat du comité de coordination consiste à assurer la coordination du réseau de services intégrés dans son territoire afin de favoriser l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services. Ce comité devra définir les mesures à prendre pour améliorer la réponse aux besoins des personnes de son territoire; s'assurer que des ententes sont conclues entre les partenaires pour faciliter des transferts rapides d'un service à un autre; planifier les programmes de services. Il devra proposer des modifications aux programmes en place afin de mieux répondre aux besoins; assurer un suivi des statistiques opérationnelles; assurer un suivi des mécanismes d'accès aux services.

Mécanismes de référence entre les partenaires

L'outil d'évaluation multiclientèle sert d'outil standardisé de référence entre les divers programmes du CSSS et entre le CSSS et les autres partenaires locaux, régionaux ou suprarégionaux.

Mécanismes d'accès pour l'hébergement permanent et temporaire

Il s'agit de coordination de l'ensemble des demandes de services d'hébergement et des opérations requises pour assurer l'orientation en CHSLD et en ressource non institutionnelle : ressource intermédiaire, ressource de type familial, résidence privée avec entente de services (projet novateur).

Gestion du parc RI-RTF, des alternatives en hébergement et encadrement des ressources

Cette activité comprend le recrutement, l'évaluation, le suivi, le soutien aux responsables de ressources, le paiement des ressources et la gestion de la contribution des usagers. Elle concerne les ressources intermédiaires (RI), les

ressources de type familial (RTF), les projets novateurs ainsi que les ententes particulières « résidences privées/SAD ».

Réception et traitement des signalements concernant les résidences privées

Il faut se référer ici à deux documents régionaux, soit le Cadre de référence et la Procédure d'intervention pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mécanisme de vigie-qualité en résidence privée

Il s'agit d'un mécanisme d'appréciation de la qualité des services en résidence privée.

7. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail en regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Tenir compte de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population dans l'allocation des ressources (MSSS, Agence, CSSS);

- gérer les impacts de la loi 90 sur les tâches des intervenants (ex. : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, auxiliaires familiales et sociales); faire les liens avec les maisons d'enseignement pour la formation du personnel (CSSS et Agence);

- assurer le recrutement des professionnels (Agence et CSSS);

- s'assurer que le projet clinique et organisationnel tiendra compte des nouvelles pratiques en matière de services aux personnes âgées (CSSS : approche novatrice et modalités d'intégration).

Défis liés à l'évaluation des besoins de l'usager et du proche aidant.

- Mettre en place un dossier patient unique (Agence et CSSS) ;

- utiliser de façon systématique l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) (CSSS);

- intégrer les profils ISO-SMAF (CSSS et Agence);

- déterminer des outils d'évaluation et de référence uniformes sur une base régionale (Agence);

- informatiser les outils d'évaluation et les outils de communication entre intervenants (MSSS);

- assurer un arrimage entre la DSIE (demande de services interétablissement) et l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) (MSSS);

- établir des liens étroits entre les médecins de famille et les autres acteurs du réseau (CSSS : ententes de collaboration, DRMG) ;

- faire connaître le résultat de l'évaluation à l'usager et à ses proches (CSSS, médecins);

- assurer un accompagnement et une liaison personnalisée par l'actualisation de la fonction d'intervenant-pivot (CSSS).

Défi lié au dépistage des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et référence à la ressource appropriée

- Déterminer des outils de dépistage uniformes sur une base régionale (Agence).

Défis liés aux services de soutien à domicile

- Garantir l'accessibilité à la gamme de services professionnels (CSSS);

- assurer l'accessibilité à la gamme de services de façon à réduire les listes et les délais d'attente (CSSS);

- assurer l'accessibilité à la gamme de services en augmentant les plages horaires : viser la disponibilité des services sur une base 24/7 (CSSS);

- assurer l'accessibilité des services aux proches aidants considérés comme des usagers (ex. ouvrir un dossier, évaluer ses besoins, faire un plan d'intervention) (CSSS);

- assurer la garde infirmière et médicale (CSSS);

- garantir la disponibilité des services médicaux (CSSS et DRMG);

- assurer aux intervenants l'accès au soutien des pharmaciens (CSSS : ententes de collaboration);

- déterminer régionalement un plafond de services de soutien à domicile ne dépassant pas le coût de l'hébergement (pertinence/efficience) (Agence);

- assurer une accessibilité au Programme d'aides techniques (PAD) (CSSS);

- faire des ententes avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dans le respect de leur autonomie (Agence et CSSS);

- assurer la survie des entreprises d'économie sociale (MSSS, Agence, CSSS : ententes de services);

- gérer les impacts de la fragmentation des services d'aide à domicile en termes de multiplication des acteurs (ex. : entreprises d'économie sociale, travailleurs autonomes-CES, organismes communautaires, intervenants du CSSS (CSSS);

- appliquer la politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix » notamment en regard du nouveau concept de *domicile* (CSSS);

- mesurer l'impact de la garde sur les services Info-Santé pour les usagers inscrits à domicile, en résidence privée et en ressource intermédiaire (Info-Santé régionale, Agence, CSSS);

- gérer les impacts de la politique de prêt d'équipements : gratuité, formation du personnel, entretien, entreposage, livraison, gestion de la liste d'attente, sécurité, disponibilité, calibrage des équipements (ententes de services avec les compagnies) (Agence et CSSS).

Défis liés aux services externes de gériatrie en ambulatoire (incluant l'évaluation/diagnostic)

- Clarifier la programmation et désigner les dispensateurs de services (Agence et CSSS);

- élaborer des stratégies pour recruter des gériatres (Agence);

- clarifier et formaliser des corridors de services avec Montréal (Agence);

- déterminer des liens à faire avec les RUIS (Agence);

- mettre en place un service de gériatrie externe en fonction des besoins déjà répertoriés (CSSS);

- élaborer des stratégies pour s'assurer la collaboration des médecins (CSSS, Agence);

- assurer le lien entre la gériatrie, l'hôpital de jour, le centre de jour et le soutien à domicile (CSSS);

- développer la polyvalence des intervenants (CSSS, Agence).

Défis liés aux services d'hébergement

- Mettre en application la politique ministérielle « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » (CSSS) ;

- définir des normes régionales en matière de services professionnels et assurer leur financement de façon adéquate (Agence) ;

- assurer le recrutement de professionnels (ex. : ergothérapeutes, physiothérapeutes, intervenants psychosociaux, infirmières, infirmières auxiliaires) (CSSS, Agence) ;

- assurer un encadrement clinique des intervenants professionnels et non professionnels (en raison de la complexification des cas) (CSSS) ;

- assurer la formation et le suivi de formation des intervenants sur le terrain (CSSS : remplacement lors des formations) ;

- gérer les impacts de la loi 90 sur les tâches des intervenants (ex. : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés); faire les liens avec les maisons d'enseignement pour la formation du personnel (CSSS);

- développer l'approche multidisciplinaire (CSSS) ;

- trouver des solutions à la vétusté et la non-fonctionnalité des immeubles, améliorer la qualité des lieux physiques (Agence, MSSS, CSSS) ;

- évaluer les besoins de places en CHSLD publics et privés conventionnés pour les années à venir selon les paramètres du Ministère (Agence et MSSS) ;

- assurer la disponibilité de services médicaux adéquats (CSSS, DRMG) ;

- garantir la qualité des milieux de vie (CSSS) ;

- analyser les modalités pour répondre aux besoins de la clientèle présentant une double problématique ou des problèmes de comportement (Agence et CSSS) ;

- faire les liens avec les projets cliniques des autres programmes (CSSS) ;

- revoir les modalités contractuelles avec les CHSLD privés autofinancés et la reddition de compte dans le contexte de la nouvelle organisation (Agence).

Défis liés aux services d'hébergement temporaire

- Effectuer une planification proactive des besoins en hébergement temporaire en fonction d'une population vieillissante (CSSS);

- assurer la disponibilité de places en convalescence incluant des services de réadaptation afin de favoriser un retour à domicile après une hospitalisation (CSSS);

- assurer la disponibilité de places en dépannage en tout temps pour pallier les situations de crise (CSSS);

- assurer une disponibilité de places en répit afin de soutenir les proches aidants (CSSS).

Défis liés aux unités de courte durée gériatrique

- Déterminer les besoins précis en gériatrie (CSSS et Agence);

- élaborer des stratégies pour recruter des gériatres (CSSS et Agence);

- développer une véritable pratique gériatrique en milieu hospitalier (CSSS);

- développer une pratique de réadaptation hospitalière avec une équipe multidisciplinaire de consultation et d'intervention gériatrique (CSSS);

- s'assurer que les personnes occupant un lit de courte durée et en attente d'hébergement soient prises rapidement en charge tant au niveau de l'évaluation que de l'orientation vers la ressource la mieux appropriée dès la fin de la période de soins aigus (CSSS);

- mettre en place une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants des missions CHSGS, CLSC et CHSLD et chargée de l'évaluation et de l'orientation des usagers (CSSS);

- assurer une prise en charge rapide des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie afin de favoriser la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles (CSSS);

- réviser la rémunération des médecins afin d'inciter les omnipraticiens à travailler en unité de courte durée gériatrique (MSSS);

- revoir l'organisation des services et la pratique médicale en rapport avec le dépistage et les soins aux personnes âgées (CSSS, CMDP, DRMG, DSPH);

- clarifier les corridors à établir avec Montréal (Agence);

- identifier les liens à faire avec les RUIS (Agence).

Défis liés aux services de psychogériatrie

- Déterminer des besoins précis en psychogériatrie (Agence et CSSS);

- désigner la meilleure organisation de services pouvant répondre aux besoins de la clientèle (Agence);

- élaborer des stratégies pour recruter des psychogériatres (Agence);

- clarifier les corridors à établir avec Montréal (Agence);

- déterminer les liens à faire avec les RUIS (Agence).

Défi lié aux consultations gériatriques sur les unités de soins en milieu hospitalier

- Mettre en place des équipes multidisciplinaires en gériatrie qui agissent comme consultantes auprès des unités de soins (CSSS).

Défis liés au dépistage et à la référence des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie dans les unités de soins en milieu hospitalier

- Dédier du personnel au dépistage (CSSS);

- assurer la formation du personnel sur l'approche gériatrique (CSSS);

- mettre en place des outils de dépistage, d'évaluation et de référence uniformes (CSSS);

- mettre en place des outils de communication entre les intervenants et les partenaires pour éviter les évaluations multiples (CSSS).

Défis liés au comité de coordination locale

- Remettre en place le comité de coordination locale dans les territoires où il n'est pas fonctionnel présentement (CSSS);

- déterminer si les comités de coordination actuels qui chevauchent deux territoires locaux vont continuer de la même façon ou vont se scinder en deux comités locaux (CSSS);

- élaborer des stratégies faisant apparaître la plus-value pour intéresser les partenaires à siéger au comité de coordination local, en particulier les pharmaciens et les médecins (trouver des individus intéressés à s'impliquer personnellement) (CSSS);

- composer avec les failles actuelles du partenariat (ex. : avec les cliniques médicales et les pharmacies) et viser des effets à plus long terme en misant sur l'effet d'entraînement (CSSS);

- mobiliser les partenaires autour d'objectifs communs (ex. : les pharmaciens autour du problème de la surconsommation de médicaments) (CSSS);

- tenir compte des enjeux financiers et idéologiques du financement des organismes communautaires (CSSS).

Défis liés à la désignation du répondant du programme

- Mettre en place la fonction de répondant-programme dans les territoires où elle n'existe pas encore (CSSS);

- intégrer les divers services dans la même gamme en vue d'une meilleure continuité pour le client (CSSS);

- tenir compte de la complexité dans l'organisation des services qui sont répartis entre différentes installations (CSSS);

- tenir compte de la complexité entourant la double vocation locale et régionale de l'hôpital régional (ex. : mise sur pied de services psychogériatriques offrant du soutien à l'ensemble des territoires locaux) (Agence);

- viser la cogestion médicale afin d'assurer un fonctionnement optimal des services (CSSS).

Défis liés à la fonction d'intervenant pivot

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 en regard de l'obligation faite à l'instance locale de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes ayant des besoins particuliers plus complexes afin de leur assurer la continuité des services que requiert leur état (art.41, 99.7, 3e paragraphe) (CSSS);

- obtenir des ressources financières supplémentaires pour permettre le développement des fonctions de gestion de cas et d'intervenant-pivot (en faire une priorité de développement et un préalable) (CSSS et Agence);

- mettre en place des programmes de formation, de soutien et d'accompagnement à l'intention des intervenants (CSSS);

- faire de la promotion auprès des intervenants pour leur faire valoir l'importance de la gestion de cas et du rôle d'intervenant-pivot (CSSS);

- concilier les fonctions de gestion de cas et d'intervenant-pivot avec la pression des listes d'attente (CSSS);

- assurer l'efficacité et l'efficience des fonctions de gestion de cas et d'intervenant-pivot (CSSS);

- distinguer les fonctions de gestion de cas et d'intervenant-pivot mais les mixer au niveau des pratiques professionnelles (CSSS);

- ajuster les charges de cas (*case-loads)* des intervenants qui exercent également des fonctions de gestion de cas et d'intervenant-pivot (CSSS).

Défis liés au plan de services individualisé (PSI) et plan d'intervention (PI)

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 à l'effet qu'un établissement qui participe à la réalisation d'un plan de services individualisé peut communiquer à un autre établissement ou intervenant qui dispense des services prévus à ce plan, un renseignement contenu au dossier de l'usager et nécessaire à la prestation des services (art.43, dernier paragraphe) (CSSS);

- obtenir des ressources financières supplémentaires pour la mise en place des plans de services individualisés et des plans d'intervention individualisés (CSSS et Agence);

- mettre en place les plans de services individualisés dans chacun des territoires locaux (CSSS);

- former le personnel des CSSS et des autres partenaires concernés sur les plans de services individualisés et les plans d'intervention individualisés et lui offrir le soutien et l'accompagnement (CSSS);

- assurer du soutien clinique aux intervenants dans l'élaboration des plans de services individualisés et des plans d'intervention individualisés (CSSS).

Défis liés au dossier clinique informatisé

- Mettre en place le dossier unique de l'usager au sein du CSSS (Agence et CSSS);

- informatiser le dossier clinique de l'usager au sein du CSSS et des autres établissements locaux, régionaux et suprarégionaux (Agence);

- obtenir de nouvelles ressources financières pour l'informatisation (ex. : achat et entretien du matériel) (MSSS et Agence);

- former le personnel en conséquence (Agence et CSSS).

Défis liés aux mécanismes de liaison

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 en regard de l'obligation faite à l'instance locale de définir et mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers (art. 41, 99.7, 2^{e} paragraphe) (CSSS);

- former le personnel sur les outils de liaison (CSSS).

Défis liés aux mécanismes de référence entre les partenaires

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 en regard de l'obligation faite à l'instance locale de définir et mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers (art. 41, 99.7, 2^{e} paragraphe) (CSSS);

- former le personnel sur les outils de référence (CSSS).

Défis liés aux mécanismes d'accès pour l'hébergement permanent et temporaire

- Réviser le cadre de gestion régional sur le mécanisme d'accès PAPA en fonction des orientations ministérielles (Agence);

- réviser les critères d'admission en fonction des profils-types (profils ISO-SMAF) (Agence et CSSS);

- déterminer si les mécanismes d'accès actuels qui chevauchent deux territoires locaux vont continuer de la même façon ou s'ils vont se scinder en deux mécanismes distincts (Agence);

- se positionner quant à la mise en place de milieux spécialisés dans la perspective où l'usager peut choisir son lieu d'hébergement (Agence et CSSS).

Défis liés à la gestion du parc des ressources non institutionnelles (RNI)

- Développer l'expertise des établissements dans la gestion du parc des ressources non institutionnelles (CSSS);

- augmenter le budget d'encadrement clinique et administratif (CSSS);

- standardiser les contrats liant les établissements publics aux ressources non institutionnelles (Agence);

- augmenter les budgets pour les fournitures médicales (MSSS et Agence).

Défis liés aux ententes de services

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 en ce qui a trait à l'obligation de l'instance locale de conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires (art.41, 99.7, 2^{e} paragraphe) et à l'obligation qui incombe à tout autre établissement de conclure avec l'instance locale les ententes nécessaires (art. 45, 105.1) (CSSS);

- définir des barèmes régionaux visant à encadrer les ententes de services (Agence);

- désigner les répondants responsables de gérer les ententes sur le plan local, pour chacun des partenaires concernés (CSSS);

- augmenter le financement des organismes communautaires en fonction d'éventuelles ententes de collaboration avec le CSSS (CSSS, MSSS et Agence);

- tenir compte de l'autonomie des organismes communautaires lors de la conclusion d'ententes avec le CSSS (CSSS);

- déterminer les particularités dans les ententes à mettre en place avec les résidences privées (Agence);

- obtenir les ressources financières et humaines pour la mise en place d'ententes avec les résidences privées (Agence, MSSS et CSSS).

Défis liés aux mécanismes de vigie-qualité en établissement

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 au regard de l'obligation légale d'instaurer un comité de vigilance dans tout établissement (art. 83) (CSSS);

- réaliser un processus d'agrément couvrant l'ensemble des programmes de services dispensés par l'établissement (CSSS);

- obtenir les ressources financières requises pour la mise en place du mécanisme de vigie-qualité (Agence).

Défis liés à la réception et au traitement des signalements concernant les résidences privées

- Clarifier le rôle de l'Agence par rapport au rôle des CSSS (Agence);

- faire en sorte que les CSSS aient les moyens de jouer adéquatement leur rôle en matière de contribution suite à un signalement (MSSS et Agence);

- profiter du projet de loi 83 pour fournir des leviers plus importants pour intervenir auprès de résidences privées problématiques (MSSS).

Défi lié aux mécanismes de vigie-qualité en résidence privée

- Se conformer à l'esprit du projet de loi 83 concernant la certification des résidences privées (art. 128) (Agence);

5



Programme

Dépendances

1. DÉFINITION DU PROGRAMME DÉPENDANCES

L'actuel Programme alcoolisme et autres toxicomanies est remplacé par le Programme dépendances[36]. Cette évolution permet d'élargir la perspective et d'adopter une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle que soit la cause. La dépendance entraîne généralement des comportements inacceptables pour la personne elle-même ou pour autrui.

Ce programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. Ainsi, il comprendra à la fois les problèmes :

- d'alcoolisme et de toxicomanie;
- de jeu compulsif;
- de cyberdépendance, etc.

Le programme comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits tels que le traitement à la méthadone. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.

[36] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux,* janvier 2004.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS[37]

Alcool et autres drogues

Le tableau suivant illustre la répartition approximative de la population (15 ans et plus) selon les catégories de consommateurs d'alcool afin de donner une vue d'ensemble de la problématique. Les buveurs à risque et problématiques sont les clientèles potentielles des CSSS alors que les buveurs ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance sont réputés être sous la responsabilité des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Répartition approximative de la population en fonction des catégories de consommateurs d'alcool

<table>
<tr><td>≅ 20% abstinents</td><td colspan="3">≅ 80% de buveurs</td></tr>
<tr><td></td><td>≅ 60% ne dépassant pas la consommation à faible risque</td><td colspan="2">≅ 20% dépassant la consommation à faible risque</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>≅ 12% de buveurs à risque</td><td>≅ 8% de buveurs rapportant au moins un problème</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>≅ 4% de buveurs problématiques</td><td>≅ 4% diagnostic d'abus ou de dépendance</td></tr>
</table>

Répartition de la population des Laurentides (15 ans et +) selon les catégories de consommateurs d'alcool par territoire de RLS

Territoire de RLS	15 ans et + (2005)	Types de consommateurs (alcool)		
		à risque 12%	problématiques 4%	abus/dépendance 4%
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	80 739	9689	3230	3230
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	99 791	11975	3992	3992
Thérèse-De Blainville	112 226	13467	4489	4489
Antoine-Labelle	29 603	3552	1184	1184
Pays-d'en-Haut	29 901	3588	1196	1196
Des Laurentides	35 120	4214	1405	1405
Argenteuil	25 006	3001	1000	1000
Total	**412 386**	**49486**	**16495**	**16495**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005

Pour les autres drogues, la prévalence de consommation de cannabis était de 13,5 % en 1998 pour les personnes âgées de 15 ans et plus et on estime

[37] Les statistiques de consommation présentées dans cette section sont tirées de Tremblay, Joël [et al.] (2004) *Les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique,* FQCRAPT.

qu'environ 5 % de ces consommateurs en sont dépendants. De plus, 0,8 % des Québécois seraient dépendants d'une drogue illicite (autre que le cannabis). Également, il est à noter que de plus en plus de personnes sont aux prises avec des problèmes liés à une consommation inappropriée de médicaments, notamment chez les personnes âgées.

Jeu pathologique

Le tableau suivant illustre la répartition approximative de la population selon les catégories de joueurs Les joueurs à risque (plus de 3 500 personnes adultes dans les Laurentides) sont des clientèles potentielles des CSSS alors que les joueurs pathologiques (plus de 3 100 joueurs) sont réputés être la responsabilité des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Répartition approximative de la population en fonction des catégories de joueurs

<table>
<tr><td rowspan="3">≅ 19,3% abstinents</td><td colspan="3">≅ 80.7% de joueurs</td></tr>
<tr><td colspan="2">≅ 79% situation de jeu non problématique</td><td colspan="2">≅ 1,7% situation de jeu problématique</td></tr>
<tr><td></td><td>≅ 0,9% de joueurs à risque</td><td>≅ 0,8% de joueurs pathologiques</td></tr>
</table>

Jeunes

Les données récentes montrent que 5,2 % des jeunes de 12 à 17 ans (milieu scolaire) seraient considérés comme des «feux rouges», donc comme connaissant des problèmes liés à leur consommation, et 11 % sont des ''feux jaunes'' (à risque). Environ 4 % des jeunes du secondaire sont des consommateurs quotidiens de cannabis. Enfin, 2,3 % des jeunes seraient des joueurs pathologiques probables et 4,8 % seraient à risque de le devenir.

Répartition des jeunes de 12-17 ans des Laurentides selon les catégories de consommateurs (alcool et drogues) et de joueurs par territoire de RLS

Territoire de RLS	12-17 ans (2005)	Alcool et drogues		Jeu	
		Feux rouges 5,2%	Feux jaunes 11%	pathologiques 2,3%	à risque 4,8 %
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	9 311	484	1 024	214	447
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	10 155	528	1 117	234	487
Thérèse-De Blainville	13 805	718	1 519	318	663
Antoine-Labelle	2 525	131	278	58	121
Pays-d'en-Haut	2 122	110	233	49	102
Des Laurentides	2 968	154	326	68	142
Argenteuil	2 277	118	250	52	109
Total	**43 163**	**2 244**	**4 748**	**993**	**2 072**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005

Familles et proches

En ce qui a trait à l'entourage, peu de données sont disponibles à l'heure actuelle. Toutefois, certaines études avancent qu'au moins 39,6 % des Québécois seraient affectés par la consommation d'alcool d'un de leurs proches.

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Traitement avec hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CLSC-CHSLD Thérèse-De Blainville, CH St-Eustache, CH Hôtel-Dieu, O.C.	CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
DEUX-MONTAGNES-MIRABEL SUD	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CLSC J.O-Chénier,CH St-Eustache, O.C.	CLSC Jean-Olivier Chénier , O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CLSC A-B, CH Hôtel-Dieu O.C.	CSSS Rivière-du-Nord/Nord-de-Mirabel, O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
ARGENTEUIL	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	Établ de santé d'Argenteuil O.C.	Établ de santé d'Argenteuil O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
PAYS-D'EN-HAUT	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets O.C.	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
DES LAURENTIDES	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	
ANTOINE-LABELLE	Centre André-Boudreau			CH Montréal
	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle O.C.	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle O.C.	Centre jeunesse, centres certifiés	

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

- Protocole de collaboration entre le Centre jeunesse des Laurentides et le Centre André-Boudreau pour les jeunes aux prises avec une problématique de toxicomanie (2001);

- mécanisme d'Accès Jeunesse en Toxicomanie (2001);

- protocole de collaboration concernant l'intervention en toxicomanie entre les commissions scolaires Pierre-Neveu, des Laurentides, de la Rivière-du-Nord et de la Seigneurie-des-Mille-Îles et le Centre André-Boudreau (2004).

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES

Le *Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (2005)* (document de travail) identifie les six (6) objectifs suivants :

- Améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes;

- renforcer la prévention, directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux de vie;

- réduire l'offre de psychotropes licites;

- accentuer la détection et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles;

- assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec;

- accroître la connaissance et la surveillance en matière de toxicomanie.

Le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005 (2002)*, pour sa part, met l'accent sur les six objectifs prioritaires ci-dessous :

- favoriser une approche de « jeu responsable » et renforcer la prévention du jeu pathologique;

- mettre l'accent sur le dépistage et l'intervention auprès des personnes vulnérables;

- améliorer l’offre de service d’accueil, d’évaluation et d’orientation en situation de détresse;

- offrir des services de soutien, de traitement et de réinsertion;

- mobiliser les différents acteurs et milieux concernés par les jeux de hasard et d’argent pour qu’ils favorisent le jeu responsable et contribuent à prévenir l’apparition du jeu pathologique;

- orienter, accroître et coordonner le développement de la recherche portant sur les jeux de hasard et d’argent.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement en regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

4.1 ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Accueil-évaluation-orientation

Ce service comprend les activités d'accueil, d'évaluation des besoins avec des outils standardisés et d'orientation réalisées par les services spécifiques et spécialisés.

Urgence hospitalière

Pour les personnes se présentant aux urgences des CSSS, nous devons prévoir leur réception, leur évaluation initiale, leur stabilisation et l'initiation du traitement en vue de stabiliser une condition médicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation de la personne (admission, transfert, congé, et référence).

4.2 INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Désintoxication (niveaux I et II - sevrage léger à modéré)

Évaluation de la condition physique et des risques associés, soutien et soins durant la période de sevrage et de récupération :

- désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I);
- désintoxication externe avec soins intensifs (niveau II).

Traitement (intervention précoce)

Intervention auprès de personnes présentant les premières manifestations d'un problème relatif à une dépendance en vue d'éviter que leur situation ne se détériore.

Réadaptation

Apprentissage ou réapprentissage qui permet à la personne de reconstruire son équilibre physique, psychologique et social et d'accroître son autonomie en adoptant des comportements responsables et en utilisant ses ressources et celles de son milieu.

Traitement de substitution

Il s'agit de traitement d'entretien (maintien) ou de sevrage à la méthadone pour les personnes dépendantes aux opiacés incluant un suivi psychosocial.

Conseillers financiers

Il s'agit d'une activité complémentaire au traitement dans le programme jeu pathologique.

Réinsertion sociale et professionnelle

Ces activités permettent à la personne d'acquérir, de développer ou de renforcer certaines habiletés ou compétences pouvant l'aider à maintenir les gains acquis et à surmonter les difficultés d'intégration ou de réintégration dans la communauté sur les plans psychosocial, socioprofessionnel et sociocommunautaire.

Services médicaux et infirmiers

Il s'agit d'évaluation médicale et infirmière, de soins médicaux en omnipratique et spécialisés (dont la psychiatrie) et infirmiers, de traitement pharmacologique.

Aide et soutien à l'entourage

C'est une intervention visant l'amélioration du bien-être des membres de l'entourage en lien avec la personne dépendante et l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès de la personne dépendante.

Entraide

Accueil (*drop in*), information, écoute entre pairs, référence et activités de socialisation où les utilisateurs de services exercent un rôle prédominant.

4.3 TRAITEMENT AVEC HÉBERGEMENT

Désintoxication (niveau III)

Il s'agit de l'évaluation de la condition physique et des risques associés, du soutien et des soins durant la période de sevrage et de récupération :

- désintoxication (sous supervision médicale) gérée par du personnel psychosocial (niveau III.2 – sevrage léger à modéré);
- désintoxication gérée par du personnel médical (*nursing* et médecin 24/7) (niveau III.7 – sevrage modéré à sévère)

Traitement/réadaptation

Apprentissage ou réapprentissage qui permet à la personne de reconstruire son équilibre physique, psychologique et social et d'accroître son autonomie en adoptant des comportements responsables et en utilisant ses ressources et celles de son milieu.

Traitement de substitution

Il s'agit de traitement d'entretien (dosage) ou de sevrage à la méthadone pour les personnes dépendantes aux opiacés incluant un suivi psychosocial.

4.4. TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION

Dégrisement

Ce service consiste en l'accompagnement et la surveillance de personnes intoxiquées afin de leur permettre de sortir de façon sécuritaire d'une phase d'intoxication aiguë ou en l'accompagnement du sevrage à haut risque.

Désintoxication (niveau IV - sevrage sévère)

Il s'agit de l'évaluation de la condition physique et des risques associés, du soutien et des soins durant la période de sevrage et de récupération.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIATS

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Accueil-évaluation-orientation	CSSS, CAB[38]	
Urgence hospitalière	CSSS	
Désintoxication (niveaux I et II)	CAB	
Traitement (intervention précoce)	CSSS	
Réadaptation	CAB	
Traitement de substitution ▪ sevrage ▪ maintien (stabilisés) ▪ maintien (non stabilisés)	 CAB CSSS CAB	médecin
Conseillers financiers (jeu pathologique)	CAB	ACEF
Entraide (favoriser l'entraide)	CSSS	
Réinsertion sociale et professionnelle	CSSS, CAB	org. comm. et inter-sectoriels
Aide et soutien à l'entourage	CSSS, CAB	
Désintoxication (niveau III)	CAB	Hôpital St-Luc
Traitement/réadaptation ▪ jeunes ▪ adultes ▪ jeu pathologique	 CAB, CJL CAB CAB	centres certifiés
Traitement de substitution (induction)	CAB	
Dégrisement	CSSS, CH régional	
Désintoxication (niveau IV)		Hôpital St-Luc
Formation	CAB	
Mécanisme d'accès pour traitement interne	CAB	
Mécanisme d'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés	CAB Agence	
Intervenant pivot	CSSS	
Agent de liaison	CSSS	
Répondant du programme	CSSS	
Ententes de services	CSSS	

[38] CAB : Centre André-Boudreau (centre de réadaptation pour personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs compulsifs).

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail en regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été identifié par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder pour ce faire en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Élaborer des stratégies pour inscrire la préoccupation « dépendances » dans les travaux régionaux et locaux (Agence);

- assurer une transition la plus opérationnelle possible en regard des nouvelles responsabilités locales (tous);

- élaborer des stratégies pour l'implication des médecins auprès de la clientèle dépendante (Agence, CSSS);

- assurer une prestation de services adéquate et adaptée (dont l'évaluation diagnostique et l'évaluation des besoins) pour les personnes avec une double ou une triple problématique (Agence, CAB);

- assurer la fluidité des références intra CSSS (CSSS).

Défis liés à l'Accueil-évaluation-orientation

- Assurer le dépistage par les services généraux (CSSS) ;

- assurer une prise en charge adéquate des personnes intoxiquées lors de leur admission dans les urgences (CSSS).

Défis liés à la désintoxication sans hébergement (niveaux I et II)

- Offrir ces services dans tous les territoires (Agence, CAB);

- développer des services pour les jeunes (Agence, CAB);

- départager les rôles et responsabilités du CJL et du CAB (Agence);

- mettre en place des stratégies de recrutement et de maintien de médecins au CAB (Agence, CAB).

Défis liés au traitement (intervention précoce)

- Développer des services d'intervention précoce (CSSS);

- départager l'offre de service généraux, spécifiques et spécialisés (CSSS).

Défi lié à la réadaptation

- Consolider les services externes du Centre André-Boudreau pour rejoindre plus de clientèles (Agence, CAB).

Défis liés au traitement de substitution

- Mettre en place des services en 1re ligne pour les clients stabilisés (CSSS);

- mettre en place des stratégies de recrutement et de maintien de médecins au Centre André-Boudreau (Agence, CAB).

Défi lié au conseiller financier (jeu pathologique)

- Consolider ce programme (Agence, CAB).

Défis liés à la réinsertion sociale et professionnelle

- Clarifier et départager l'offre de service pour éviter un dédoublement (Agence);

- réaliser les arrimages avec les ressources en emploi et communautaires (intersectoriel) (CSSS, CAB).

Défi lié à l'aide et au soutien à l'entourage

- Assurer le soutien aux parents et aux proches.

Défi lié à l'entraide

- Soutenir l'émergence de groupes d'entraide (CSSS).

Défi lié à la désintoxication avec hébergement (niveau III)

- Mettre en place une unité de désintoxication en CR (Agence).

Défis liés au traitement/réadaptation avec hébergement

- Clarifier le rôle des centres certifiés par rapport à celui du réseau public (Agence);

- consolider les places au Centre André-Boudreau (Agence).

Défis liés au dégrisement avec hospitalisation

- Assurer les liens entre les établissements hospitaliers et le Centre André-Boudreau (CSSS);

- assurer une réponse hospitalière dans tous les RLS (CSSS).

Défi lié à la désintoxication avec hospitalisation (niveau IV)

- Déterminer et formaliser les corridors de services avec Montréal (Agence).

Défis liés à la formation continue

- Donner la responsabilité et les moyens au Centre André-Boudreau d'assurer cette modalité pour l'ensemble des établissements (Agence);

- prévoir la formation des médecins et des professionnels (Agence).

Défis liés au mécanisme d'accès pour traitement interne adulte

- S'approprier les enjeux provinciaux et prévoir des espaces de réflexion (Agence);

- mettre en place un groupe de travail basé sur les meilleures pratiques et la complémentarité public-privé (Agence);

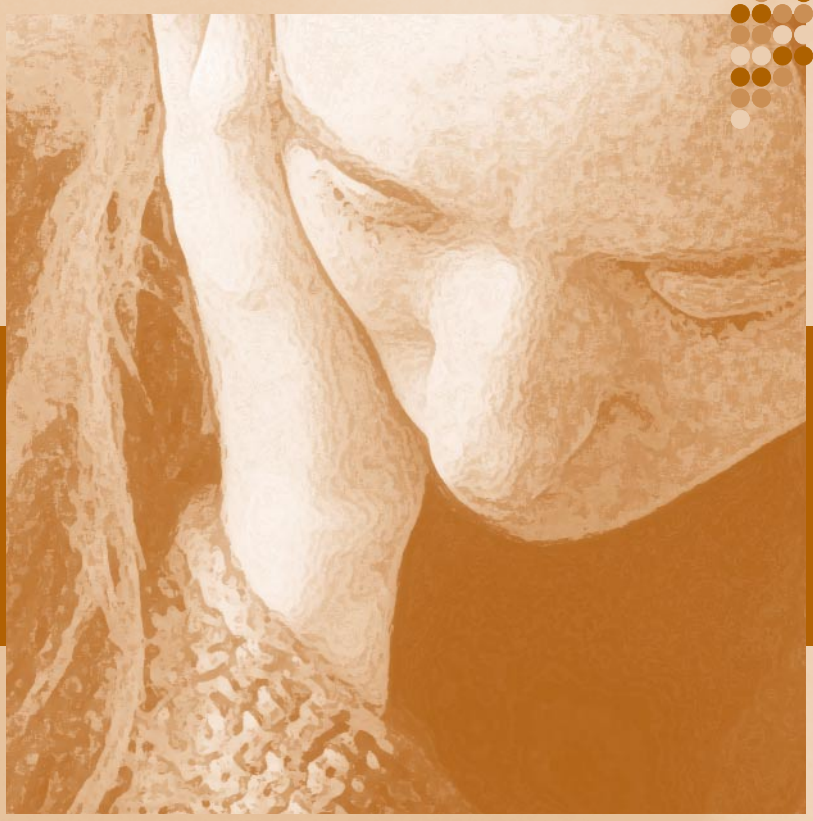
    - analyser les avantages d'un comité d'orientation conjoint 1re et 2e lignes;
    - discuter de la contribution des centres certifiés régionaux et hors-région;
    - documenter les volumes clientèles;
    - déterminer des normes de coûts pour les clients utilisant les centres certifiés;
    - s'assurer d'une bonne connaissance et de l'application des critères d'appariement compte tenu de la variété des ressources et des programmes.

Défi lié au mécanisme d'accès pour traitement interne jeunesse

- Analyser les besoins de places et faire des ajustements en termes de *per diem* (Agence).

Défi lié au mécanisme d'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés

- Clarifier et formaliser ce mécanisme d'accès avec le RUIS de la région (Agence).



6

Programme
Santé mentale

Note au lecteur

Aux fins de la rédaction du présent document de soutien, nous avons traité séparément la *santé mentale adulte* de la *santé mentale enfance-jeunesse*. Vous trouverez donc dans un premier temps les éléments concernant les adultes et dans un deuxième temps, les aspects touchant les enfants et les jeunes.

ADULTE

1. DÉFINITION DU PROGRAMME SANTÉ MENTALE

Le programme *Santé mentale*[39] vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adéquate à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

Les services du programme s'adressent aux adultes et aux jeunes qui présentent des troubles mentaux graves ou modérés et à leur famille. Cependant, l'approche diffère généralement selon le groupe d'âge.

Par ailleurs, les services généraux de santé mentale sont des services psychologiques et ils sont désormais inclus dans le Programme services généraux - activités cliniques et d'aide. De plus, les urgences hospitalières de santé mentale relèvent du Programme santé mentale.

[39] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux*, janvier 2004.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail.

Les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à des critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. Les troubles mentaux modérés sont donc moins handicapants que les troubles mentaux graves. Par contre, ils sont beaucoup plus courants[40].

Ainsi, il est reconnu qu'entre 15 % et 20 % de la population connaîtra un problème de santé mentale, soit entre 75 000 et 100 000 personnes dans les Laurentides. Cependant, 2,3 % de la population adulte vivra avec un trouble mental grave. Également, les prévalences annuelles ou à vie pour une dépression majeure sont de l'ordre de 5 % à 10 % et pour les troubles anxieux de 12 % à 21 %.

Projection d'incidence des troubles mentaux graves sur la population par RLS

Territoire de RLS	18 et plus (2005)	Trouble mental grave 2,3%
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	76 378	1757
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	95 003	2185
Thérèse-De Blainville	105 903	2436
Antoine-Labelle	28 291	651
Pays-d'en-Haut	28 859	664
Des Laurentides	33 635	774
Argenteuil	23 875	549
Total	**391 944**	**9015**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005

[40] Définitions des troubles mentaux tirées de MSSS (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (document de consultation)

Projection d'incidence des dépressions majeures et des troubles anxieux sur la population par RLS

Territoire de RLS	Population totale (2005)	Dépression majeure 5 %	Troubles anxieux 12%
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	100 879	5044	12105
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	121 980	6099	14638
Thérèse-De Blainville	143 232	7162	17188
Antoine-Labelle	34 756	1738	4171
Pays-d'en-Haut	34 303	1715	4116
Des Laurentides	41 235	2062	4948
Argenteuil	29 460	1473	3535
Total	**505 845**	**25292**	**60701**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005

Enfin, le suicide figure au premier rang des principales causes de décès par traumatismes pour la période de 1986 à 1999, tant pour la région des Laurentides (38,5 %) que pour le Québec (35 %) alors que l'ensemble des décès par traumatismes constituent 7 % de l'ensemble des décès. 80 % des victimes sont des hommes et le groupe le plus à risque sont les hommes d'âge moyen.

La région des Laurentides occupe le 9^{e} rang parmi les régions du Québec quant au taux de suicide, qui est un peu plus élevé avec 19,5/100 000 que la moyenne provinciale de 19,1/100 000 pour la période 1999-2001.

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Services d'hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	CR Florès			CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	CLSC-CHSLD T.-de-Blainville CH St-Eustache CH Hôtel-Dieu, O.C.	CLSC-CHSLD T.-de-Blainville CH Hôtel-Dieu O.C.		
DEUX-MONTAGNES-MIRABEL SUD	CR Florès			CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	CLSC J.-O. Chénier, CH St-Eustache O.C.	CLSC J.-O. Chénier CH St-Eustache O.C.		
RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD	CR Florès			CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	CLSC Arthur-Buies, CH Hôtel-Dieu O.C.	CLSC Arthur-Buies, CH Hôtel-Dieu O.C.		
ARGENTEUIL	CR Florès			CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	Établ de santé d'Argenteuil O.C.	Établ de santé d'Argenteuil O.C.		
PAYS-D'EN-HAUT	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle			CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets O.C.		
DES LAURENTIDES	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle			CH-CLSC-CHSLD des Sommets CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.		
ANTOINE-LABELLE	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle			CH-CLSC-CHSLD-CR A.-Labelle CH Montréal
	O.C.	O.C.		

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

- Ententes de services pour les situations de crise et suicide (2001).

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES

L'objectif général poursuivi par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (document de consultation) est de doter le Québec d'un système efficace de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes, les adultes de tout âge ayant un trouble mental ainsi que pour les personnes qui présentent un risque suicidaire. Pour atteindre cet objectif, le Ministère met de l'avant cinq (5) stratégies d'action :

- convenir, avec le réseau, des services à garantir en priorité pour répondre aux besoins;

- proposer une vision de l'organisation des services;

- dans le cadre de la mise en place des projets cliniques, élaborer et implanter, par territoire de CSSS, un volet de services en santé mentale;

- soutenir les conditions de réalisation;

- suivre et évaluer les changements.

En 2002, le Ministère mettait la table en énonçant, dans ses *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale,* une définition du réseau local de services intégrés comme étant *« une offre de service et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions d'un point de vue clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leurs familles et de leurs proches ».*

Il importe également de reprendre certains objectifs du précédent *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* de 1998 qui avait été le coup d'envoi pour plusieurs régions de la reconfiguration ou du développement de services en santé mentale :

- mettre en place ou consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants;

- compléter la mise en place des réseaux locaux de services;

- garantir la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale;

- adapter les modes de rémunération des médecins de familles et des psychiatres;

- affecter 60 % des dépenses publiques (santé mentale) à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation;

- mettre au point des actions intersectorielles visant le logement et l'intégration au travail.

Enfin, dans le cadre de *La stratégie québécoise d'action face au suicide* de 1998, le Ministère proposait de donner la priorité aux objectifs suivants :

- assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants;
- améliorer les compétences professionnelles;
- intervenir auprès des groupes à risque;
- favoriser les interventions en promotion-prévention auprès des jeunes;
- réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens;
- contrer la banalisation et la dramatisation du suicide;
- intensifier et diversifier la recherche.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auquel le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement en regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

4.1. ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Évaluation-orientation

Il s'agit des activités d'évaluation des besoins et d'orientation de la personne réalisées par les services spécifiques et spécialisés.

Urgence hospitalière

Ces activités comprennent la réception, l'évaluation initiale, la stabilisation et l'amorce du traitement en vue de stabiliser une condition médicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation de la personne (admission, transfert vers un autre CH, congé et référence).

4.2. INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Intervention de crise spécifique

Il s'agit d'activités de réception, d'évaluation initiale, de stabilisation, d'amorce du traitement et d'orientation auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux dont l'état mental engendre une désorganisation psychologique pouvant menacer leur intégrité physique et psychologique (incluant l'application de la P-38).

Services de traitement des troubles mentaux de 1re ligne

Il s'agit d'activités d'accueil, d'évaluation, de traitement approprié, de suivi, de réadaptation psychosociale ou de référence (incluant les services aux personnes à potentiel suicidaire élevé).

Services spécialisés et surspécialisés de traitement des troubles mentaux

Ce sont des services de traitement spécialisés dispensés par un psychiatre et une équipe multidisciplinaire de psychiatrie visant à stabiliser la condition de la personne et à traiter les symptômes.

Psychogériatrie

Ces activités comprennent l'accueil, l'évaluation, le traitement, le suivi, la réadaptation psychosociale ou la référence pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement présentant également un trouble mental.

Soutien d'intensité variable dans la communauté (incluant le soutien communautaire)

Il s'agit des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux vivant en logement autonome, en résidence privée ou en appartement supervisé (hébergement alternatif).

Suivi intensif en équipe et intégré

Il s'agit d'activités intégrées d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux qui présentent une condition souvent instable ou très fragile et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées ou encore d'une rupture avec le reste de la société.

Centre de jour

C'est un milieu de jour favorisant la réintégration sociale par des services de réadaptation psychosociale et des activités valorisantes et signifiantes d'apprentissage.

Hôpital de jour

Il s'agit de services de traitement actif, sur une base ambulatoire, visant à stabiliser la condition de la personne et à traiter les symptômes.

Réadaptation psychosociale

Ce sont des activités cliniques visant l'amélioration du fonctionnement psychosocial de la personne en augmentant ses habiletés personnelles, sociales et communautaires afin qu'elle puisse se réapproprier du pouvoir sur sa vie et fonctionner dans le milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles.

Soutien aux études ou au travail

Ce sont des activités d'intégration sociale et de soutien ou de maintien au travail et aux études qui sont essentielles pour aider la personne à exercer une activité productive ou significative ou encore qui accompagnent son développement. Elles comprennent l'ensemble des services favorisant l'intégration ou le maintien aux études ou sur le marché du travail (ex. : atelier de travail, plateaux de travail, stages en entreprise, etc.).

Services médicaux spécialisés (omnipratique)

Il s'agit d'un service d'expertise médicale permettant d'évaluer et de traiter des personnes ayant un trouble mental.

Entraide

Ce sont des services d'accueil (*drop in*), d'information, d'écoute, de référence et d'activités de socialisation des milieux jour / soir où les utilisateurs de services exercent un rôle prédominant.

Soutien à l'entourage

Il s'agit d'activités d'information, d'écoute, d'entraide (groupes de pairs), de soutien psychosocial et éducatif, d'aide à domicile et de référence destinées aux parents et aux proches en vue de favoriser le maintien de l'équilibre au sein de la famille.

Répit-dépannage

C'est un ensemble d'activités permettant à la famille et aux proches de se procurer un temps de détente et de ressourcement, notamment grâce à des allocations financières pour les personnes et les familles. Le dépannage, pour sa part, vise directement les personnes.

Réponse aux besoins de subsistance

Il s'agit des allocations financières directes à la personne pour répondre à des besoins urgents de base.

Promotion et défense des droits /Appropriation du pouvoir

La promotion et la défense des droits est accessible à toute personne ou tout groupe de personnes aux prises avec un trouble mental qui requiert ou nécessite une aide pour obtenir l'accès à des services, formuler une plainte ou mener à terme toute autre revendication de ses droits.

L'appropriation du pouvoir regroupe les activités spécifiques favorisant la valorisation de l'individu. Ces activités favorisent la participation, la responsabilisation et la confiance, permettant à la personne d'acquérir de la reconnaissance et de l'estime de soi, et d'être plus apte à exercer son rôle, ses droits et responsabilités, donc de devenir plus autonome.

4.3. Services d'hébergement et de soutien aux ressources

Logement autonome

La personne aux prises avec un trouble mental occupe un établissement domestique autonome et elle reçoit du soutien afin de vivre avec satisfaction et succès dans le milieu de son choix.

Résidences privées

La personne occupe une place dans une résidence domestique de type « chambres et pensions » tenue par des propriétaires privés.

Appartements supervisés de réadaptation

Ce sont des ressources offrant des services de réadaptation et de soutien, dispensés par le personnel d'un l'établissement. Ces services visent le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la personne dans son milieu de vie. Ils reposent sur une démarche de réinsertion axée sur l'acquisition d'habiletés augmentant la capacité de la personne à être autonome et favorisant son intégration dans la communauté et ses capacités de socialisation, notamment par le partage d'un milieu de vie.

Hébergement de crise

Ce service comprend les activités de réception, d'évaluation initiale, de stabilisation, d'amorce du traitement et d'orientation auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux dont l'état mental engendre une désorganisation psychologique pouvant menacer leur intégrité physique et psychologique.

Hébergement transitoire

Il s'agit d'une modalité résidentielle permettant une intervention de nature psychosociale favorisant la réintégration de la personne dans son milieu de vie (ex. : recherche de logement, sécurité du revenu, etc.).

Hébergement en RTF/RI

Il s'agit de ressources résidentielles non institutionnelles qui offrent des programmes individualisés de réadaptation et de réinsertion sociale dans un milieu de vie naturel.

Selon l'article 312 de la LSSSS, *« peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles un maximum de 9 personnes qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel ».*

Selon l'article 302, une ressource intermédiaire est *« une ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager dans la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins* ».

Résidence de groupe

Ce sont des ressources offrant des services de réadaptation et de soutien dispensés par le personnel de l'établissement. Les programmes offerts visent à développer des habiletés de tout ordre permettant à la personne d'accéder idéalement à un logement autonome ou à un milieu de vie plus adapté à ses besoins.

Hébergement de longue durée

Ce service comprend des activités de soins infirmiers et d'assistance distribuées avec une approche «milieu de vie». Ces activités peuvent être de nature préventive, diagnostique ou thérapeutique et comprennent l'enseignement et le soutien à la personne et à sa famille. Les soins d'assistance comprennent la surveillance et l'aide quant au bien-être, à l'hygiène, à la mobilité et à l'alimentation, ainsi que les autres soins requis par les personnes requérant des services d'hébergement et de soins de longue durée (notamment pour une clientèle dite historique).

Soutien au logement autonome et aux résidences privées

Ce service comprend des activités de sensibilisation et de soutien aux propriétaires d'immeubles locatifs et de résidences privées afin d'offrir un milieu de vie accessible et adéquat pour les personnes aptes à y résider.

Gestion du parc RTF/RI

Ce service comprend le recrutement, l'évaluation, le suivi et le soutien aux responsables de ressources ainsi que la supervision et la formation des ressources.

4.4. HOSPITALISATION

Garde en établissement

Trois types de garde en établissement sont prévus selon le niveau de dangerosité de la personne.

La garde préventive : un médecin peut mettre sous garde une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal et sans qu'elle ait subi une évaluation psychiatrique, pour une période d'au plus 72 heures, s'il est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La garde provisoire : cette garde est ordonnée par le tribunal pour soumettre la personne à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

La garde régulière : cette garde est autorisée par le tribunal lorsque l'évaluation psychiatrique conclut à la nécessité de la garde.

Hospitalisation - courte durée psychiatrique

Ce sont des activités de soins requis par des personnes hospitalisées dans les unités de courte durée psychiatrique prévoyant également un module d'hospitalisation brève.

Hospitalisation - longue durée psychiatrique

Ce sont des activités de soins requis par des personnes présentant des troubles mentaux et hospitalisées sur une longue période tout en demeurant en traitement psychiatrique actif et requérant une surveillance et une assistance régulière.

Services médicolégaux

Ils comprennent deux services distincts :

Les services d'évaluation en vue d'expertise légale visent à déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès, à évaluer la responsabilité légale ou à déterminer, lors d'inaptitude ou de non-responsabilité criminelle, la décision qui devrait être rendue à l'égard de l'accusé.

Les services de garde en milieu hospitalier, jusqu'à la fin du procès quand il y a des motifs de croire que la personne deviendra inapte à subir son procès si elle est mise en liberté, de traitement, lorsqu'on croit que ce traitement peut rendre la personne apte à subir son procès, et de réinsertion sociale découlent d'un jugement de la Cour ou du Tribunal administratif du Québec.

Hospitalisation - besoins complexes

Ce sont des activités de soins requis par des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle associée à des troubles mentaux, des troubles de comportement ou des comportements agressifs.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIATS

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Évaluation-orientation	CSSS, CR	médecins, CH Montréal
Urgence hospitalière	CSSS (avec CH)	
Intervention de crise spécifique	CSSS (spécifiques)	CPS le Faubourg
Services de traitement des troubles mentaux de 1re ligne	CSSS(spécifiques)	médecins
Services de traitement des troubles mentaux spécialisés et surspécialisés	CSSS, CR (spécialisés)	CH Montréal
Services de psychogériatrie	CSSS	CH Montréal
Soutien d'intensité variable dans la communauté	CSSS, CR	org. communautaires
Suivi intensif intégré en équipe	CSSS (spécialisés)	
Centre de jour	CR	org. communautaires
Hôpital de jour	CSSS (spécialisés)	
Réadaptation psychosociale	CSSS, CR	
Soutien aux études ou au travail	CSSS (spécifiques), CR	org. intersectoriels
Entraide		org. communautaires
Soutien à l'entourage	CSSS, CR	org. communautaires
Répit-dépannage	CSSS (spécifiques)	org. intersectoriels
Réponse aux besoins de subsistance	CSSS (spécifiques), CR	
Défense des droits /Appropriation du pouvoir		org. communautaires
Appartements supervisés de réadaptation	CR	
Hébergement de crise	CR	
Hébergement transitoire	CR	org. communautaires
Hébergement en RTF/RI	CR	
Résidence de groupe	CR	
Hébergement de longue durée	CR	
Soutien au logement autonome	CSSS (spécifiques)	org. intersectoriels
Soutien aux propriétaires de résidences privées	CR	
Gestion du parc RTF/RI	CR	
Garde en établissement	CSSS (avec CH)	
Hospitalisation de courte durée	CSSS (avec CH)	
Hospitalisation de longue durée	CH régional	
Services médicolégaux	CH régional	CH Montréal
Hospitalisation pour besoins complexes	CH régional	CH Montréal
Formation continue	à identifier	

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Mécanisme d'accès à l'hébergement	CR	
Mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés	CSSS, CH régional	CH Montréal
PSI	CSSS	
Intervenant pivot	CSSS CR	
Agent de liaison	CSSS CR	
Répondant programme	CSSS	
Ententes de services	CSSS	

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail au regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Assurer une prestation de services adéquate et adaptée (dont l'évaluation diagnostique et des besoins et l'hébergement) pour les personnes avec une double ou triple problématique (CSSS : ententes de services);

- assurer la transition entre l'organisation actuelle des services et celle reposant sur une 1re ligne forte, tout en composant avec des listes d'attente dans l'ensemble des services (CSSS : modalités de transition prévues dans les ententes de services);

- départager le concept de troubles modérés et de troubles graves : au-delà des définitions proposées, des outils cliniques devront être développés telle une grille d'appréciation de l'intensité de la problématique (MSSS, Agence);

- développer une gamme de services appropriés pour les personnes aux prises avec un trouble de personnalité limite (*borderline*) (Agence);

- assurer les liens et la participation des médecins (CSSS, Agence);

- préserver les collaborations avec les organismes communautaires (CSSS, Agence);

- clarifier l'offre de service des CR en santé mentale (CSSS : ententes de services).

Défis liés à l'évaluation-orientation

- Mettre à contribution les médecins des GMF et des cliniques privées dans un contexte de pénurie de médecins (formation spécifique) (CSSS, Agence);

- mettre à contribution les psychiatres en appui à la 1re ligne (CSSS).

Défi lié à l'urgence hospitalière

- S'assurer que les urgences sont aptes à prendre en charge adéquatement les clients (CSSS).

Défi lié à l'intervention de crise spécifique

- Départager l'offre de service des CSSS et du CPS le Faubourg afin de maintenir une complémentarité des services (CSSS : ententes de services).

Défi lié aux services aux personnes à potentiel suicidaire élevé

- Déterminer l'organisation de services en lien avec cette activité (Agence) .

Défi lié aux services de 1re ligne de traitement des troubles mentaux

- Mettre à contribution les psychiatres en appui à la 1re ligne (CSSS).

Défi lié aux services de psychogériatrie

- Offrir des services appropriés et adaptés à la clientèle psychogériatrique (voir également défis dans le programme PPALV) (CSSS).

Défis liés au soutien d'intensité variable dans la communauté

- Définir ce qu'est le soutien d'intensité variable (MSSS, Agence);

- mettre à contribution l'expertise des organismes communautaires (CSSS, Agence).

Défis liés au suivi intensif intégré en équipe

- Composer avec l'absence du service à l'heure actuelle (CSSS);

- assurer, lors de la mise en place éventuelle du service (préférablement en milieu urbain), la participation des psychiatres (CSSS).

Défi lié aux services spécialisés et surspécialisés de traitement des troubles mentaux

- Réaliser une réflexion globale sur le continuum de services médicolégaux dont la clarification quant au mandat d'un établissement (clientèle mal ou peu desservie) (Agence).

Défi lié au centre de jour

- Mettre à contribution l'expertise des organismes communautaires (CSSS).

Défi lié à l'hôpital de jour

- Prioriser le développement d'un hôpital de jour dans les CH qui n'ont pas de lits de courte durée de psychiatrie (Agence).

Défis liés au soutien aux études ou au travail

- Faire le lien avec les autres services dans la communauté (CSSS : ententes de services);

- garantir des services d'intégration socioprofessionnelle dans le cadre des projets de réadaptation des personnes (CSSS : ententes de services).

Défi lié à l'entraide

- Mettre à contribution l'expertise des organismes communautaires (CSSS).

Défi lié au soutien à l'entourage

- S'assurer que tous les dispensateurs accordent une importance particulière à la famille et aux proches (responsabilité incontournable) (CSSS, CR).

Défi lié à la réponse aux besoins de subsistance

- Revoir le cadre de référence des allocations directes et les allocations du Florès (Agence).

Défis liés aux services d'hébergement et soutien aux ressources

- faire une réflexion en profondeur quant aux services résidentiels dont :

- les définitions des différentes formes de service résidentiel;
- la variété de ressources résidentielles adaptées à développer;
- le soutien aux clientèles en résidences privées : trouver mandataires;
- une discussion pour statuer sur le maintien du mandat du Florès pour l'hébergement de crise (Agence).

Défi lié à la garde en établissement

- Évaluer la capacité de prise en charge locale par tous les CSSS (mission CH) (Agence, CSSS).

Défis liés à l'hospitalisation de courte durée

- Assurer les liens avec les CR en santé mentale et les CSSS après hospitalisation (plan de sortie) (CSSS : ententes de services);

- assurer le suivi psychiatrique par les CSSS après hospitalisation (CSSS : ententes de services);

- assurer la fluidité en hospitalisation de courte durée et de longue durée (CSSS : ententes de services);

- développer des alternatives à l'hospitalisation (CSSS, Agence).

Défis liés à l'hospitalisation de longue durée

- Brosser un portrait précis de la clientèle longue durée : distinguer le traitement de l'hébergement et ajuster les ressources en conséquence (Agence);

- assurer les liens avec les CR en santé mentale et les CSSS après hospitalisation (plan de sortie) (CSSS : ententes de services);

- assurer le suivi psychiatrique par les CSSS après hospitalisation (CSSS);

- développer des ressources adéquates pour le retour dans le milieu de vie (CSSS, Agence).

Défis liés à la formation continue

- Désigner un mandataire autre que l'Agence pour coordonner les efforts de formation (Agence);

- s'assurer que les activités de formation ont lieu (mandataire).

Défi lié au mécanisme d'accès à l'hébergement

- Ce défi s'inscrit dans la réflexion globale sur les services résidentiels et devrait tenir compte des résidences privées et du guichet unique d'accès CSSS (Agence).

Défi lié au mécanisme d'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés

- Formaliser les ententes avec le RUIS et le CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle (besoins complexes) pour éviter les négociations à la pièce (Agence).

Défi lié à la fonction coordination PSI-PI

- Clarifier le concept et ses modalités d'application car c'est une fonction qui exige du temps et de l'énergie (Agence, CSSS).

ENFANCE ET JEUNESSE

1. DÉFINITION DU PROGRAMME SANTÉ MENTALE

Le programme *Santé mentale*[41] vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adéquate à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

Les services du programme s'adressent aux adultes et aux jeunes qui présentent des troubles mentaux graves ou modérés et à leur famille. Cependant, l'approche diffère généralement selon le groupe d'âge. En effet, dans l'organisation des services à mettre en place et le déploiement des pratiques à privilégier pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental, certains éléments doivent être considérés :

- la complexité de l'établissement d'un diagnostic exige d'accorder une importance particulière aux services d'évaluation en privilégiant des expertises multiples (biopsychosociales);

- les besoins varient considérablement selon l'âge de l'enfant (0-5 ans, 6-11 ans et 12-17 ans). Le passage à la vie adulte ne s'effectuant pas toujours à 18 ans, cela demande une adaptation de l'offre de service et des pratiques selon l'âge et un assouplissement des frontières de services entre le réseau enfance-jeunesse et le réseau adulte;

- la maladie mentale d'un jeune affecte toute la famille, au premier chef les parents. Le soutien aux familles et aux proches dans le cadre d'une approche familiale et systémique est donc prioritaire;

- enfin, toutes les connaissances récentes démontrent l'importance d'intervenir tôt et intensivement auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental[42].

[41] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux,* janvier 2004.
[42] Référence : MSSS (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (document de consultation).

Par ailleurs, les services généraux de santé mentale sont des services psychologiques et ils sont désormais inclus dans le Programme services généraux - activités cliniques et d'aide. De plus, les urgences hospitalières de santé mentale relèvent du Programme santé mentale.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail.

Les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à des critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. Les troubles mentaux modérés sont donc moins handicapants que les troubles mentaux graves. Par contre, ils sont beaucoup plus courants[43].

La prévalence de troubles mentaux chez les jeunes de moins de 18 ans se situe entre 15 % et 20 %, dont le tiers consiste en troubles graves. Les garçons semblent souffrir davantage de problèmes extériorisés (troubles de conduite ou d'opposition, délinquance, hyperactivité) alors que les filles sont davantage touchées par des problèmes intériorisés (dépression, troubles liés à l'alimentation, anxiété, phobie simple) qui sont généralement plus difficiles à dépister. Ces derniers affectent en moyenne 10 % à 17 % des enfants et 14 % des adolescents alors que les troubles extériorisés touchent environ 5 % des adolescents et 7 % des enfants. Enfin, les jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de souffrir de certains troubles mentaux (maladie affective unipolaire ou bipolaire, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie).

Répartition de la population 0-17 ans des Laurentides selon la prévalence des troubles mentaux par territoire de RLS

Territoire de RLS	0 - 17 ans (2005)	Prévalence troubles mentaux	
		15%	20%
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	24 501	3675	4900
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	26 977	4047	5395
Thérèse-De Blainville	37 329	5599	7466
Antoine-Labelle	6 465	970	1293
Pays-d'en-Haut	5 444	817	1089
Des Laurentides	7 600	1140	1520
Argenteuil	5 585	838	1117
Total	**113 901**	**17085**	**22780**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ) janvier 2005

[43] Définitions des troubles mentaux tirées de MSSS (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (document de consultation)

De plus, le suicide est la première cause de décès chez les 15-29 ans et le Québec a connu une augmentation fulgurante des suicides chez les garçons et les filles de 15-19 ans au cours des deux dernières décennies. Selon l'enquête sociale et de santé de 1998, 7,4 % des jeunes de 15-24 ans auraient présenté des idées suicidaires et 1,5 % auraient posé un geste suicidaire, souvent méconnu, au cours de l'année précédant l'enquête.

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Services d'hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville CH St-Eustache CH Hôtel-Dieu O.C.	CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville CH Hôtel-Dieu O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
DEUX-MONTAGNES MIRABEL SUD	CLSC Jean-Olivier Chénier, CH St-Eustache O.C.	CLSC Jean-Olivier Chénier CH St-Eustache O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
RIVIÈRE-DU-NORD MIRABEL-NORD	CLSC Arthur-Buies, CH Hôtel-Dieu, O.C.	CLSC Arthur-Buies, CH Hôtel-Dieu O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
ARGENTEUIL	Établ de santé d'Argenteuil O.C.	Établ de santé d'Argenteuil O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
PAYS-D'EN-HAUT	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets O.C.	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, CH Hôtel-Dieu CH-CLSC-CHSLD des Sommets O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
DES LAURENTIDES	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	CH-CLSC-CHSLD des Sommets, O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal
ANTOINE-LABELLE	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle O.C.	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle O.C.	Centre jeunesse	CH Montréal CH Outaouais

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

- Ententes de services pour les situations de crise et suicide (2001)

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES

L'objectif général du *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (document de consultation) est de doter le Québec d'un système efficace de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes, les adultes de tout âge ayant un trouble mental ainsi que pour les personnes qui présentent un risque suicidaire. Pour atteindre cet objectif, le Ministère met de l'avant cinq (5) stratégies d'action :

- convenir, avec le réseau, des services à garantir en priorité pour répondre aux besoins;

- proposer une vision de l'organisation des services;

- dans le cadre de la mise en place des projets cliniques, élaborer et implanter, par territoire de CSSS, un volet de services en santé mentale;

- soutenir les conditions de réalisation;

- suivre et évaluer les changements.

En 2002, le Ministère mettait la table en énonçant, dans ses *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale,* une définition du réseau local de services intégrés comme étant *« une offre de service et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions d'un point de vue clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leurs familles et de leurs proches ».*

Il importe également de reprendre certains objectifs du précédent *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* de 1998 qui avait donné le coup d'envoi pour plusieurs régions de la reconfiguration ou du développement de services en santé mentale :

- mettre en place ou consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants;

- compléter la mise en place des réseaux locaux de services;

- améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité entre les services psychosociaux et médicaux pour les enfants et les jeunes présentant un trouble mental;

- garantir la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale;

- adapter les modes de rémunération des médecins de famille et des psychiatres.

De plus, un des objectifs de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* est d'offrir sur l'ensemble du territoire une gamme appropriée de services spécialisés par l'implantation des services d'intervention de crise et de suivi intensif et l'augmentation de la disponibilité des services spécialisés en santé mentale.

Enfin, dans le cadre de *La stratégie québécoise d'action face au suicide* de 1998, le Ministère proposait de donner la priorité aux objectifs suivants :

- assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants;

- améliorer les compétences professionnelles;

- intervenir auprès des groupes à risque;

- favoriser les interventions en promotion-prévention auprès des jeunes;

- réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens;

- contrer la banalisation et la dramatisation du suicide;

- intensifier et diversifier la recherche.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement en regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

4.1 ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Évaluation-orientation

Ce service comprend les activités d'évaluation des besoins et d'orientation du jeune réalisées par les services spécifiques et spécialisés.

Urgence hospitalière

Ce service comprend les activités de réception, d'évaluation initiale, de stabilisation et d'amorce du traitement en vue de stabiliser une condition médicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du jeune (admission, transfert vers un autre CH, congé et référence).

4.2 INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Intervention de crise spécifique

Ce service comprend les interventions en situation de crise pour évaluer les risques et la dangerosité de la situation (dont application de la P-38) et les interventions thérapeutiques intenses et immédiates.

Services de 1re ligne de traitement des troubles mentaux

Ce service comprend les activités d'accueil, d'évaluation, de traitement approprié, de suivi, de réadaptation psychosociale ou de référence (incluant le suivi aux endeuillés et la postvention).

Services spécialisés et surspécialisés de traitement des troubles mentaux

Ce sont des services de traitement spécialisés dispensés par un pédopsychiatre et une équipe multidisciplinaire de pédopsychiatrie visant à stabiliser la condition du jeune et à traiter les symptômes.

Interventions intensives court terme (IICT) santé mentale jeunesse

Ce service comprend des activités intégrées d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des jeunes aux prises avec des troubles mentaux qui présentent une condition souvent instable ou très fragile et qui courent un risque élevé de rupture sociale (entraînant par exemple l'application de mesures de protection) ou d'hospitalisation.

Centre de jour

Le Centre de jour favorise la réinsertion des jeunes inscrits en leur offrant un milieu de réadaptation psychosociale, des activités de stimulation, d'apprentissage et de réhabilitation ainsi qu'un volet de scolarisation à proximité de leur milieu de vie.

Hôpital de jour

Ce sont des services de traitement actif, sur une base ambulatoire, visant à stabiliser la condition du jeune et à traiter les symptômes.

Soutien aux études ou au travail

Ce service comprend des activités d'intégration sociale et de soutien ou de maintien au travail et aux études qui sont essentielles pour aider le jeune à exercer une activité productive ou significative ou encore qui accompagnent son développement. Ce service comprend aussi l'ensemble des services favorisant l'intégration ou le maintien aux études ou sur le marché du travail (ex. : atelier de travail, plateaux de travail, stages en entreprise, etc.).

Services médicaux spécialisés (omnipratique et pédiatrie)

Il s'agit d'un service d'expertise médicale permettant d'évaluer et de traiter des jeunes ayant un problème de santé mentale.

Entraide entre pairs

Ce sont des services d'accueil, d'information, d'écoute entre pairs, de référence et d'activités de socialisation où les utilisateurs de services exercent un rôle prédominant.

Soutien à l'entourage

Ce service comprend des activités d'information, d'écoute, d'entraide (groupes de pairs), de soutien psychosocial et éducatif, d'aide à domicile et de référence destinées aux parents et aux proches en vue de favoriser le maintien de l'équilibre au sein de la famille.

Répit-dépannage

Il s'agit d'un ensemble de services permettant à la famille et aux proches de se procurer un temps de détente et de ressourcement, grâce à des allocations financières pour les personnes et les familles.

Promotion et défense des droits

La promotion et la défense des droits est accessible à toute personne ou groupe de personnes aux prises avec un trouble mental qui requiert ou nécessite une aide pour obtenir l'accès à des services, formuler une plainte ou mener à terme toute autre revendication de ses droits.

Appropriation du pouvoir

L'appropriation du pouvoir regroupe les activités spécifiques favorisant la valorisation de l'individu. Ces activités favorisent la participation, la responsabilisation et la confiance, permettant à la personne d'acquérir de la reconnaissance et de l'estime de soi, et d'être plus apte à exercer son rôle, ses droits et responsabilités, donc de devenir plus autonome.

4.3 SERVICES D'HÉBERGEMENT ET SOUTIEN AUX RESSOURCES

Hébergement temporaire

Il s'agit de modalités résidentielles permettant au jeune et à sa famille d'accéder aux services de traitement en hôpital de jour, par exemple.

Hébergement de crise

Ce service comprend les activités de réception, d'évaluation initiale, de stabilisation, d'amorce du traitement et d'orientation auprès de jeunes aux prises avec des troubles mentaux dont l'état mental engendre une désorganisation psychologique pouvant menacer leur intégrité physique et psychologique.

Hébergement transitoire

Il s'agit d'une modalité résidentielle permettant une intervention de nature psychosociale favorisant la réintégration du jeune dans son milieu de vie.

Appartements supervisés de réadaptation

Ce sont des ressources offrant des services de réadaptation et de soutien, dispensés par le personnel d'un l'établissement. Ces services visent le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la personne dans son milieu de vie. Ils reposent sur une démarche de réinsertion axée sur l'acquisition d'habiletés augmentant la capacité de la personne à être autonome et favorisant son intégration dans la communauté et ses capacités de socialisation, notamment par le partage d'un milieu de vie.

Hébergement en RTF/RI

Il s'agit de ressources résidentielles non institutionnelles qui offrent des programmes individualisés de réadaptation et de réinsertion sociale dans un milieu de vie naturel.

Selon l'article 312 de la LSSSS, « *peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles un maximum de 9 jeunes qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel* ».

Selon l'article 302, une ressource intermédiaire est « *une ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager dans la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins* ».

Hébergement pour double problématique

Il s'agit de services d'hébergement, de soutien, d'assistance, de surveillance et de réadaptation destinés à des jeunes présentant plusieurs problématiques associées à une problématique de santé mentale.

Gestion du parc RTF/RI

Ce service comprend le recrutement, l'évaluation, le suivi et le soutien aux responsables de ressources ainsi que la supervision et la formation des ressources.

4.4 HOSPITALISATION

Garde en établissement

Trois types de garde en établissement sont prévus selon le niveau de dangerosité du jeune.

La garde préventive : un médecin peut mettre sous garde un jeune contre son gré, sans autorisation du tribunal et sans qu'il ait subi une évaluation psychiatrique, pour une période d'au plus 72 heures, s'il est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui.

La garde provisoire : cette garde est ordonnée par le tribunal pour soumettre le jeune à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si son état mental présente un danger pour lui-même ou pour autrui.

La garde régulière : cette garde est autorisée par le tribunal lorsque l'évaluation psychiatrique conclut à la nécessité de la garde.

Unité d'hospitalisation de courte durée psychiatrique régionale

Ce service comprend les activités de soins requis par des jeunes hospitalisés dans les unités de courte durée psychiatriques prévoyant également des lits d'observation.

Hospitalisation - longue durée psychiatrique

Ce service comprend les activités de soins requis par des jeunes présentant des troubles mentaux et hospitalisés sur une longue période tout en demeurant en traitement psychiatrique actif et requérant une surveillance et une assistance régulière.

Services médicolégaux

Ils comprennent deux services distincts.

Les services d'évaluation en vue d'expertise légale visent à déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès, à évaluer la responsabilité légale ou à déterminer, lors d'inaptitude ou de non-responsabilité criminelle, la décision qui devrait être rendue à l'égard de l'accusé.

Les services de garde en milieu hospitalier, jusqu'à la fin du procès quand il y a des motifs de croire que le jeune deviendra inapte à subir son procès s'il est mis en liberté, de traitement, lorsqu'on croit que ce traitement peut rendre le jeune apte à subir son procès, et de réinsertion sociale découlent d'un jugement de la Chambre de la Jeunesse.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIATS

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Évaluation-orientation	CSSS	médecins, CH Montréal
Urgence hospitalière	CSSS (avec CH)	
Intervention de crise spécifique	CSSS (spécifiques)	CPS le Faubourg
Services de traitement des troubles mentaux de 1re ligne	CSSS (généraux et spécifiques)	Médecins CPS le Faubourg
Services de traitement des troubles mentaux spécialisés et surspécialisés	CSSS (spécialisés)	CH Montréal
Interventions intensives court terme	CSSS (spécifiques)	
Centre de jour	CSSS (spécialisés)	
Hôpital de jour	CSSS (spécialisés)	
Soutien aux études ou au travail		org. intersectoriels
Soutien à l'entourage	Tous les dispensateurs de services[44]	
Répit-dépannage	CSSS (spécifiques)	org. intersectoriels
Défense des droits		org. communautaires
Appropriation du pouvoir	Tous les dispensateurs de services	
Hébergement de crise	CJL	org. communautaires
Hébergement transitoire	CJL	org. communautaires
Hébergement temporaire (hôpital de jour)	CSSS (avec CH)	
Appartements supervisés de réadaptation	CSSS (spécifiques)	org. communautaires
Hébergement en RTF[45]	CJL	
Hébergement en RI	CJL	
Gestion du parc RTF/RI	CJL	
Hébergement double-problématique	CJL, CR	
Garde en établissement	CSSS (avec CH)	
Hospitalisation de courte durée	CH régional	
Hospitalisation de longue durée		CH Montréal
Services médicolégaux		CH Montréal
Formation continue	CSSS	

[44] Les membres du comité clinique santé mentale enfance-jeunesse ont dû voter sur cette question.
[45] Les membres du comité clinique santé mentale enfance-jeunesse considèrent que l'hébergement jeunesse doit faire l'objet d'une réflexion importante.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Mécanisme d'accès à l'hébergement	CJL	
Mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés	CSSS	CH Montréal
PSI-PII	CSSS	
Intervenant pivot	CSSS, CJL	
Agent de liaison	CSSS, CJL	
Répondant programme	CSSS	
Ententes de services	CSSS	

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail au regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Assurer une prestation de services adéquate et adaptée (dont l'évaluation diagnostique et des besoins) pour les jeunes présentant une double ou triple problématique (dont santé mentale et dépendances) (Agence, CSSS : ententes de services);

- évaluer l'expérience et l'opportunité de généraliser le concept d'Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) (Agence, CSSS);

- établir des critères afin d'objectiver la question de l'intensité des symptômes dans le cadre de la hiérarchisation (Agence, CSSS);

- composer avec les difficultés liées à une porte d'entrée unique en 1re ligne alors que les effectifs sont insuffisants et que les médecins demeurent une porte d'entrée (CSSS);

- assurer les liens avec les médecins ainsi que leur contribution aux services aux enfants et aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale (CSSS, Agence).

Défis liés aux services généraux

- Adapter les interventions en matière de nutrition aux clients en santé mentale présentant des troubles de l'alimentation et des problèmes liés à la médication de type nouvelles molécules (CSSS);

- améliorer l'accessibilité des services de soutien à domicile aux familles dont un ou plusieurs membres présentent des problèmes de santé mentale (CSSS);

- définir la frontière entre les services généraux et les services spécifiques en matière d'interventions psychosociales et de consultations (CSSS).

Défis liés à l'évaluation-orientation

- Mettre à contribution les médecins des GMF et des cliniques privées (CSSS);

- mettre à contribution les pédopsychiatres en appui à la 1re ligne (CSSS);

- clarifier le concept d'expertise par rapport à celui d'ordonnance d'évaluation pédopsychiatrique (Agence, CSSS).

Défi lié à l'urgence hospitalière

- S'assurer que les urgences sont capables de prendre en charge adéquatement les clients (CSSS).

Défi lié à l'intervention de crise spécifique

- Départager les services généraux des services spécifiques puisque l'application de la P-38 exige une expertise particulière (CSSS).

Défis liés aux services aux jeunes à potentiel suicidaire élevé et aux services de postvention

- Déterminer le programme duquel relève ce service, entre les services généraux et les services spécifiques (Agence, CSSS).

Défis liés aux services de 1re ligne de traitement des troubles mentaux

- Assurer une prestation homogène dans tous les RLS (CSSS, Agence);

- mettre en place des mécanismes d'intégration pour les clientèles relevant de plusieurs programmes : services généraux, santé mentale et jeunes en difficulté (CSSS : modalités d'intégration).

Défi lié aux services spécialisés et surspécialisés de traitement des troubles mentaux

- Mettre en place des stratégies supplétives au manque d'effectifs médicaux en pédopsychiatrie (CSSS, Agence).

Défis liés au centre de jour

- Clarifier la desserte du Centre de jour de pédopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (Agence);

- identifier les besoins de ce type de service pour le nord de la région (Agence, CSSS).

Défi lié à l'hôpital de jour

- Développer prioritairement le service d'hôpital de jour, particulièrement dans le contexte d'absence d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique (Agence).

Défi lié au soutien aux études ou au travail

- Clarifier la responsabilité des différents prestataires incluant l'intersectoriel (Agence).

Défi lié au répit-dépannage

- Revoir le cadre de référence en allocations directes (Agence).

Défis liés aux services d'hébergement et au soutien aux ressources (lien avec le Programme jeunes en difficulté)

- Procéder à une réflexion globale sur l'hébergement jeunesse, notamment en santé mentale, via un comité de travail régional (Agence);

- clarifier les modalités d'accès aux services d'hébergement en santé mentale du CJL [46] (Agence);

- compléter l'offre de service des unités de vie en santé mentale du CJL (Agence).

[46] Lien à faire avec le comité ministériel prévu dans le cadre du Plan d'action en santé mentale.

Défis liés à l'hospitalisation de courte durée

- Procéder à une réflexion sur les besoins en hospitalisation compte tenu qu'il n'y a pas de lits dans la région et pas de pédopsychiatres pour s'occuper d'une éventuelle unité régionale (Agence);

- faciliter le retour des jeunes après leur hospitalisation à Ste-Justine et à Rivière-des-Prairies (Agence, CSSS : ententes de services).

Défi lié aux services médicolégaux

- Faire un état de situation sur les besoins à cet égard (Agence).

Défi lié à la fonction de coordination PSI-PI

- Clarifier le concept et ses modalités d'application territoriale pour les enfants et les jeunes présentant des problèmes de santé mentale (Agence, CSSS).



7

Programme

Déficience intellectuelle et TED

1. DÉFINITION DU PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

Le programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Pour le volet déficience intellectuelle[47], le programme regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance. Il vise à réduire l'impact de la déficience, à compenser les incapacités et à soutenir l'intégration sociale.

Plus spécifiquement, les services visent à :

- garantir l'accès des personnes présentant une déficience intellectuelle aux services destinés à l'ensemble de la population;
- soutenir la famille et les proches;
- développer les capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle;
- assurer l'intégration socioprofessionnelle et résidentielle des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Quant aux troubles envahissants du développement (TED), dont le plus répandu est l'autisme, ils sont d'origine neurobiochimique associés à un problème génétique et se déclarent dans les premières années de la vie. Ils se traduisent par des difficultés sur les plans des interactions avec l'entourage et de la communication en général.

Les personnes aux prises avec un TED ont une problématique particulière; elles requièrent souvent des services qui leurs sont propres. Malgré ce fait, il apparaît, pour le moment, inopportun de créer un programme distinct. D'une part, le nombre de personnes concernées par cette problématique et les ressources investies ne justifient pas la création d'un tel programme. D'autre part, l'organisation actuelle des services leur fait une large place dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Il est cependant important de mentionner que les personnes aux prises avec un TED ont aussi besoin de services appartenant au Programme déficience physique.

[47] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux*, janvier 2004.

Actuellement, le classement des services offerts aux personnes aux prises avec un TED se fait différemment selon les régions. Certaines les classent dans le Programme actuel déficience intellectuelle, tandis que d'autres les répartissent dans différents programmes.

Afin d'harmoniser le classement, les services spécifiques destinés aux personnes aux prises avec un TED et à leur entourage seront désormais compris dans le Programme déficience intellectuelle et TED. L'appellation est donc changée pour tenir compte de la réalité.

À l'avenir, des centres d'activités devraient toutefois être élaborés afin de mieux ventiler l'information pour connaître les ressources allouées pour les TED. Cet exercice devrait aussi permettre de reconnaître les services destinés aux personnes aux prises avec un TED et qui sont actuellement offerts par un autre programme (ex. Déficience physique).

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Prévalence des personnes ayant une déficience intellectuelle nécessitant du soutien ou des services spécialisés.

Les taux qui ont été retenus sont ceux qui sont énoncés au sein de la politique ministérielle en déficience intellectuelle (2001). Ces taux prennent leur source d'une part dans le fichier de la Régie des rentes du Québec qui verse une allocation pour enfants handicapés et d'autre part dans les données du ministère de l'Enfance, de la Solidarité sociale et de la Famille pour les personnes ayant une déficience intellectuelle inscrites au programme de soutien financier. Les données ne tiennent pas compte des personnes présentant une déficience intellectuelle occupant un emploi et des personnes âgées de 65 ans ou plus. Malgré cette réserve, ces taux donnent de bons indices pour la planification des services. Nous vous les présentons par groupe d'âge, par réseau local de services, jusqu'en 2006.

Prévalence D.I.pour les 0-5 ans (4,5 par 1000)

RLS	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	32	31	31	31	31	31
Thérèse-De Blainville	50	49	48	47	47	48
Antoine Labelle	8	8	8	8	8	8
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	35	34	33	34	34	34
Pays-d'en-Haut	6	7	7	7	7	7
Des Laurentides	9	9	9	9	10	10
Argenteuil	7	7	7	7	6	6
TOTAL	**148**	**145**	**142**	**143**	**144**	**145**

Voir détails et sources à la suite du tableau Prévalence D.I. 18-64 ans

Prévalence D.I. pour les 6-11 ans (4,5 par 1000)

RLS	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	43	42	41	39	37	36
Thérèse-De Blainville	64	64	62	60	58	56
Antoine Labelle	11	10	10	10	10	9
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	43	44	44	43	42	41
Pays-d'en-Haut	9	9	8	8	8	8
Des Laurentides	13	12	12	12	11	11
Argenteuil	10	10	9	9	8	8
TOTAL	**192**	**191**	**187**	**181**	**175**	**169**

Voir détails et sources à la suite du tableau Prévalence D.I. 18-64 ans

Prévalence D.I. pour les 12-17 ans (4,5 par 1000)

RLS	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	36	37	39	41	42	43
Thérèse-De Blainville	51	53	57	60	62	64
Antoine Labelle	12	12	11	11	11	11
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	37	39	42	44	46	47
Pays-d'en-Haut	8	9	9	9	10	10
Des Laurentides	13	13	13	13	13	13
Argenteuil	10	10	10	10	10	10
TOTAL	**167**	**174**	**181**	**189**	**194**	**198**

Voir détails et sources à la suite du tableau Prévalence D.I. 18-64 ans

Prévalence D.I. pour les 18-64 ans (5,0 par 1000)

RLS	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	311	318	324	329	334	338
Thérèse-De Blainville	436	446	455	464	472	479
Antoine Labelle	111	112	113	113	113	114
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	356	370	383	394	404	410
Pays-d'en-Haut	103	106	108	110	112	114
Des Laurentides	127	129	131	133	135	137
Argenteuil	93	93	94	94	94	95
TOTAL	**1 537**	**1 573**	**1 607**	**1 637**	**1 664**	**1 686**

Taux: 4,5 par 1 000 pour les 0-17 ans et 5,0 par 1 000 pour les 18-64 ans:'Taux établis par le MSSS et utilisés dans le projet de Politique en déficience intellectuelle.

Source: Données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 2001

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005

Diffusé par le MSSS, SDI

Estimation du nombre de personnes présentant un TED par réseau local de services et groupes d'âges 2002 à 2005

Les estimations qui suivent sont issues du document « Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches » (2003). Les prévalences sont établies à 27/10 000 pour les personnes de 1 à 19 ans et de 15/10 000 pour les personnes de 20 à 64 ans. Elles ne tiennent pas compte des enfants de 1 an ainsi que des personnes de 65 ans et plus.

Population RLS Deux-Montagnes/Mirabel sud

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	16	16	15	15
6-11 ans	25	25	24	22
12-19 ans	29	30	31	32
20-24 ans	9	10	10	10
25-29 ans	9	9	9	10
30-34 ans	10	10	10	10
35-64 ans	63	64	66	67
TOTAL	**162**	**164**	**165**	**166**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS Thérèse-De Blainville

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	25	24	24	24
6-11 ans	38	37	36	35
12-19 ans	41	44	46	47
20-24 ans	13	13	13	13
25-29 ans	12	13	13	14
30-34 ans	15	15	15	15
35-64 ans	88	91	93	94
TOTAL	**233**	**236**	**239**	**242**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS Antoine-Labelle

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	4	4	4	4
6-11 ans	6	6	6	6
12-19 ans	9	9	9	9
20-24 ans	3	3	3	3
25-29 ans	2	2	3	3
30-34 ans	3	3	3	3
35-64 ans	24	24	25	25
TOTAL	**52**	**52**	**52**	**52**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS Rivière-du-Nord/Mirabel Nord

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	17	17	17	17
6-11 ans	26	26	26	25
12-19 ans	31	33	34	35
20-24 ans	10	11	11	11
25-29 ans	10	11	11	12
30-34 ans	12	12	12	12
35-64 ans	74	77	79	81
TOTAL	**181**	**187**	**191**	**194**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS Pays-d'en-Haut

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	3	3	3	4
6-11 ans	5	5	5	5
12-19 ans	7	7	7	7
20-24 ans	2	2	2	2
25-29 ans	2	2	2	2
30-34 ans	2	2	2	2
35-64 ans	25	25	25	26
TOTAL	**46**	**47**	**48**	**48**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS des Laurentides

ÂGES	2002	2003	2004	2005
1-5 ans	4	5	5	5
6-11 ans	7	7	7	7
12-19 ans	10	10	10	10
20-24 ans	3	3	3	3
25-29 ans	3	3	3	3
30-34 ans	3	3	3	3
35-64 ans	28	29	29	29
TOTAL	**60**	**60**	**60**	**61**

Voir notes et sources à la suite du tableau Population RLS d'Argenteul

Population RLS Argenteuil				
ÂGES	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
1-5 ans	4	3	3	3
6-11 ans	6	6	5	5
12-19 ans	8	8	8	8
20-24 ans	2	2	2	2
25-29 ans	2	2	2	2
30-34 ans	2	2	2	2
35-64 ans	20	20	20	20
TOTAL	**44**	**44**	**44**	**44**

*Source **Populations**:*
Source:** Données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de **2001
Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2005
Diffusé par le MSSS, SDI
*SOURCE **Prévalences**: Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. MSSS, 2003., pp. 25-26.*
NOTES: La population n'inclut pas les moins de 1 an et les 65 ans et +
Les prévalences sont établies pour les 1-19 ans (27 / 10 000) et les 20-64 ans (15 / 10 000). Les données sont arrondies à l'unité.

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Traitement avec hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	CR du FLorès			CH
	CLSC Thérèse-de-Blainville, Centre jeunesse des Laurentides, CR Le Bouclier, organismes communautaires, HDSJ, le réseau des services de garde, les écoles		Pavillon Ste-Marie	
DEUX-MONTAGNES/ MIRABEL SUD	CR du FLorès			CH
	CLSC JO Chénier, Centre jeunesse des Laurentides, CR Le Bouclier, le CH St-Eustache, le réseau des services de garde, les écoles, école des Érables (école spécialisée), organismes communautaires		Pavillon Ste-Marie	
RIVIÈRE-DU-NORD MIRABEL NORD	CR du Florès			CH
	HDSJ, Centre jeunesse des Laurentides, CLSC Arthur-Buies, CR Le Bouclier, le réseau des services de garde, les écoles, Horizon Soleil (école spécialisée), organismes communautaires		Pavillon Ste-Marie	
ARGENTEUIL	CR du Florès			CH
	Centre de santé Argenteuil, Centre jeunesse des Laurentides, CR Le Bouclier, le réseau des services de garde, les écoles, organismes communautaires		Pavillon Ste-Marie	
PAYS-D'EN-HAUT	CR du Florès			CH
	CR le Florès, CLSC Pays-d'en-Haut, Centre jeunesse des Laurentides, CR Le Bouclier, le réseau des services de garde, les écoles, organismes communautaires		Pavillon Ste-Marie	
DES LAURENTIDES	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine Labelle			CH
	CLSC des Sommets, CH Laurentien, CR Le Bouclier, Centre jeunesse des Laurentides, le réseau des services de garde, les écoles, organismes communautaires			
ANTOINE-LABELLE	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine Labelle			CH
	CLSC Hautes Laurentides, CR Le Bouclier, Centre jeunesse des Laurentides, le réseau des services de garde, les écoles, organismes communautaires			
Partenaires régionaux	Organismes communautaires, Office des personnes handicapées du Québec.			

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS (ANCIENNE APPELLATION)

- Entente de collaboration entre le Centre jeunesse des Laurentides et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle;

- entente entre le CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle et l'organisme les Papillons de Nominingue;

- entente entre le CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle et l'Association pour la défense des intérêts des handicapés mentaux et physiques;

- entente entre le CR du Florès et le Centre de réadaptation Le Bouclier pour les services d'ergothérapie et d'orthophonie aux enfants TED de moins de 6 ans.

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

La Politique ministérielle de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches (2001) :

Le but ultime de la Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches est la mise en place d'un réseau de services intégrés. Ce réseau offrira aux personnes visées la gamme des services dont elles ont besoin et leur fournira des outils de nature à soutenir adéquatement le développement optimal de leur potentiel et leur processus d'intégration sociale, et ce, en collaboration avec les différents acteurs de la communauté. Cette politique soutient aussi qu'il est impératif de mieux appuyer les familles et les autres proches des personnes concernées et de renforcer la collaboration intersectorielle.

Cette politique présente neuf cibles nationales qui sont :

- adapter les services destinés à l'ensemble de la population aux besoins des personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches;

- intervenir de manière précoce;

- offrir un soutien adéquat aux familles et aux autres proches des personnes présentant une déficience intellectuelle;

- consolider les services d'adaptation et de réadaptation;

- accroître les mesures de soutien à la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle;

- assurer une plus grande cohésion avec les autres secteurs d'intervention;

- améliorer la qualité des services;

- coordonner les services malgré la complexité de l'environnement;

- soutenir la mise en œuvre de la politique et son évaluation.

Les orientations ministérielles pour les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches (2003)

Ce document d'orientation doit contribuer au développement d'une organisation de services propre aux personnes présentant un TED, à leurs familles et à leurs proches tout en laissant place à des ajustements qui seront à définir dans l'avenir en fonction de l'évolution des connaissances et de l'expérience à acquérir dans la prestation des services.

Les priorités nationales sont les suivantes :

- s'assurer d'une offre de service fonctionnelle autour des besoins de la personne et de sa famille : l'information et la sensibilisation, la détection des troubles envahissants du développement, le diagnostic, l'intervenant pivot, l'accès aux services, l'évaluation globale des besoins, les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation, les services aux enfants d'âge scolaire, les services aux adultes, le soutien résidentiel et l'hébergement;

- offrir un soutien approprié aux familles;

- accentuer le partenariat avec les autres secteurs de services publics, parapublics et communautaires;

- donner la base d'une meilleure qualité des services;

- soutenir la mise en œuvre des orientations et du plan d'action.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement au regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes de services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

Nous rappelons au lecteur qu'en ce qui a trait au Programme déficience intellectuelle/TED, l'intégration sociale et la participation sociale pleine et entière des personnes est la finalité de l'ensemble des services de l'offre régionale et des offres locales. Le principe de bidirectionnalité d'un service à l'autre, à n'importe quel moment du continuum, guide les actions des intervenants.

4.1 ACCUEIL ET ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Accueil psychosocial et de santé et évaluation des besoins

Cette activité consiste en l'accueil et le soutien aux jeunes, à leur famille ainsi qu'aux adultes identifiés par les services généraux comme présentant une déficience intellectuelle ou un TED. Cette fonction détermine si une évaluation globale des besoins est requise. Actuellement, cette fonction est assumée par les centres de réadaptation pour les enfants 0-5 ans et pour les personnes en provenance d'une école ou du CJL. Les CSSS assumeront dorénavant cette fonction.

Service de diagnostic

Le service de diagnostic consiste à réaliser une évaluation pour établir un diagnostic ou formuler des conclusions de nature diagnostique (dans le respect du code des professions) selon le champ d'expertise professionnelle requis. Cela inclut l'annonce du diagnostic aux parents et l'orientation vers les services appropriés. La responsabilité des évaluations psychologiques permettant d'établir la déficience intellectuelle n'est pas clairement établie, actuellement, pour la clientèle adulte. Il est entendu par le groupe de travail que cette

responsabilité sera orientée vers les CSSS. Les diagnostics de déficience intellectuelle pour les enfants sont présentement effectués par des centres hospitaliers de Montréal.

Référence et orientation

Pour faire suite à l'évaluation globale des besoins ou à l'établissement du diagnostic, la personne est orientée et accompagnée vers le service approprié.

4.2 INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT (AVEC OU SANS HÉBERGEMENT)

Intervention précoce globale

L'intervention précoce vise à prévenir ou à minimiser l'installation d'incapacités significatives et persistantes. Elle peut comprendre pour les jeunes enfants, la prévention, le dépistage, les mesures de soutien en milieu naturel, l'intégration en services de garde, l'intégration aux services préscolaires et les services d'adaptation et réadaptation. L'intervention précoce s'effectue sur un constat de retard de développement, avant l'établissement d'un diagnostic et la référence vers un service spécialisé. La politique ministérielle en DI, en TED et les documents d'orientation relatifs aux ententes de services attribuent une responsabilité importante aux instances locales pour ce service. Actuellement, l'intervention précoce se réalise par les anciennes équipes FEJ des CLSC (famille-enfance-jeunesse). Le volet d'adaptation-réadaptation se partage par ailleurs entre l'ancien CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le CR du Florès et le Centre de réadaptation Le Bouclier.

Allocations de soutien aux familles (répit, dépannage et gardiennage)

Ce service consiste en une allocation financière accordée selon certains critères aux familles afin qu'elles puissent « acheter » les services requis en fonction de leurs besoins.

Soutien psychosocial à la personne

Il s'agit de services de consultation visant à favoriser un soutien à la personne et le développement des capacités d'adaptation en fonction de la condition de déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement.

La responsabilité des services psychosociaux à la personne se partagera entre les CSSS et les CRDI en fonction des spécificités suivantes :

- les CRDI offrent les services psychosociaux à la personne lorsqu'ils sont requis en raison d'une problématique comportementale complexe ou lors de situations d'urgences sociales pour les personnes connues au sein de l'établissement;

- les CSSS offrent les services psychosociaux à la personne pour toutes situations où la personne nécessite une aide soutenue pour traverser une difficulté.

Des mécanismes transitoires sont à prévoir dans ce secteur d'activités.

Soutien psychosocial à la famille et aux proches

Il s'agit de services de consultation visant à soutenir la famille et les proches dans le processus d'acceptation et d'adaptation lié à la déficience de leur proche.

Soutien à l'intégration scolaire

Cette activité consiste à établir des collaborations avec le personnel du milieu scolaire pour l'élaboration d'un plan d'intégration conjoint à nos deux réseaux.

Accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation

Accompagnement individualisé requis par les jeunes en dehors des heures de scolarisation : heures du dîner et après l'école. Ce service requiert des clarifications quant aux rôles et responsabilités de l'école, particulièrement pour les services de garde après la fin des heures de scolarisation.

Soutien à la collectivité

Interventions auprès des différents partenaires de la communauté afin de favoriser et faciliter la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ces interventions se réalisent avec l'accord de la personne et de sa famille, principalement auprès des milieux avec lesquels elles sont en interaction.

Soutien à domicile (SAD)

Les services de soutien à domicile comprennent les services à la personne qui lui permettent d'agir sur son environnement immédiat (soins et services professionnels, aide domestique, répit et équipements) et les services s'inscrivant dans une perspective globale comprenant le logement et le transport adapté. Ces services, offerts par les CSSS, sont mentionnés dans la politique de soutien à domicile « Chez soi le premier choix, 2003 ».

Il s'agit des services suivants : services médicaux ; soins infirmiers; soins et assistance personnelle (aide domestique, soutien civique, popote, assistance à l'apprentissage, appui aux tâches familiales); services spécifiques de physiothérapie, d'ergothérapie, de nutrition et d'inhalothérapie; soutien psychosocial; soutien technique : équipements et aides techniques, adaptation de domicile.

Le soutien à domicile apparaît davantage comme une modalité qu'un service. Ainsi, plusieurs services mentionnés ici peuvent être offerts au domicile de la personne ou en ambulatoire. Les précisions sur la politique de soutien à domicile identifient la RNI (ressource non institutionnelle : RTF, RI, résidence privée) comme un milieu de vie et à ce titre, les services de soutien à domicile doivent être offerts lorsque requis, dans ce type de milieu.

Interventions et soutien spécialisés

Ces interventions comprennent les services suivants :

- intervention précoce auprès des enfants DI et TED de moins de 6 ans ;

- intervention comportementale intensive auprès des enfants TED de moins de 6 ans ;

- soutien spécialisé à la personne : apprentissage à l'autonomie fonctionnelle, développement de ses habiletés, acquisition de comportements adaptés, éducation sexuelle, soutien aux choix dans ses relations amicales et amoureuses, soutien pour réaliser ses activités et assumer ses responsabilités ;

- intervention et soutien spécialisé à la famille et aux proches : soutien psychosocial, assistance éducative, aide directe aux activités d'apprentissage ou d'encadrement, développement des compétences à stimuler le développement de l'enfant et à faciliter son intégration ;

- intervention et soutien spécialisés aux partenaires et à la communauté : CPE, éducation, santé, transport, milieux résidentiels, loisirs, travail, organismes ou associations, sensibilisation et information de la communauté environnante ;

- intégration socioprofessionnelle : aide au développement des capacités de travail et de l'autonomie fonctionnelle pour intégrer le marché du travail ou des activités contributives socialement.

Intervention en situation d'urgence et de crise

Intervention rapide visant à trouver des solutions immédiates pour diminuer le niveau de risque relié à la situation.

Évaluation, observation et traitement pour les personnes présentant des troubles mentaux ou des troubles graves du comportement associés à la déficience intellectuelle

Réponse clinique concertée et adaptée faisant appel à une expertise spécialisée auprès de cette clientèle.

4.3 INTERVENTIONS AVEC HÉBERGEMENT

Intégration résidentielle

Milieu de vie approprié aux besoins de la personne. Ce service fait référence à la gestion des ressources et à la création de celles-ci lorsque requises par la clientèle:

- RTF, RI ;

- ressource résidentielle avec assistance continue (personnel du centre de réadaptation présent sur 24 heures);

- formes variées de logements supervisés;

- encadrement intensif en internat pour les personnes qui présentent des problématiques complexes liées à leur déficience intellectuelle ou un TED, dont les besoins physiques et les troubles de comportement associés sont d'une gravité et d'une intensité telles qu'ils ne peuvent être traités au sein d'une ressource de la communauté ;

- encadrement intensif dans la communauté.

Soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement

Ce service vise le soutien de la personne dans la recherche d'un milieu de vie qui lui assurera un chez-soi garant de sa sécurité physique et psychologique.

Soutien-conseil aux intervenants auprès de personnes hébergées

Cette activité consiste en un soutien-conseil aux intervenants auprès de la personne déficiente intellectuelle en perte d'autonomie hébergée.

Répit spécialisé avec hébergement

Ce sont les services de répit offerts au sein de ressources résidentielles spécialisées pour les personnes qui requièrent un encadrement humain nécessitant des compétences particulières ou un encadrement physique spécifique. Certaines ressources sont disponibles au CR du Florès et au CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle.

4.4. TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION

Certaines personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED associé à des troubles de comportement ou des troubles de santé mentale nécessitent parfois des services d'hospitalisation en courte ou longue durée psychiatrique ou dans un cadre médicolégal, ou encore à l'unité des besoins complexes.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIAT

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Accueil psychosocial et de santé et évaluation globale des besoins.	CSSS	écoles, CJ, CPE, médecins
Diagnostic TED	CSSS (CH)	
Diagnostic autres déficiences	CH régional	
Référence et orientation	CSSS	CRDI
Intervention précoce globale	CSSS	CRDI, CRDP
Allocations de soutien aux familles	CSSS	
Soutien psychosocial à la personne	CSSS et CRDI	
Soutien psychosocial à la famille et aux proches	CSSS et CRDI	
Soutien à l'intégration	CSSS et CRDI	
Accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation	CSSS	
Soutien à la collectivité	CSSS et CRDI	
Soutien à domicile	CSSS	
Intervention et soutien spécialisés	CRDI	
Intervention en situation d'urgence et de crise	CSSS et CRDI	CJ
Évaluation, observation et traitement pour les personnes présentant des troubles mentaux ou des troubles graves du comportement associés à la déficience intellectuelle	CRDI	Pinel, Rdes P, PREM TGC-TCC et CH régional
Intégration résidentielle	CRDI	
Soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement	CSSS et CRDI	
Soutien conseil aux intervenants pour une personne hébergée	CRDI	CSSS (CHSLD)
Répit spécialisé avec hébergement	CRDI	
Répondant du programme	CSSS-CRDI	
Procédure d'accès aux services	CSSS-CRDI	
Intervenant pivot	CSSS- CRDI	
Coordination PSI	CSSS-CRDI	
Gestion parc RTF-RI	CRDI	
Ententes de services	CSSS	
Traitement des plaintes	CSSS-CRDI	
Mécanisme de vigie-qualité	CSSS-CRDI	
Activités réalisées par les organismes communautaires		org. com.

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail en regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Organiser des services d'évaluation et de développement pour les enfants de moins de 6 ans. Ce défi interpelle les programmes-services jeunes en difficulté, santé mentale infantile, déficience intellectuelle, TED et déficience physique. Il met en lumière la nécessité de créer une équipe régionale d'évaluation-diagnostic (clinique de développement) et une organisation de services par territoire (intervention précoce globale) pour desservir l'ensemble des enfants nécessitant un suivi (collaboration CSSS et CRDI-CRDP). Une concertation régionale s'impose pour assurer la cohérence de l'organisation des services (Agence).

- accentuer les mesures de répit et de soutien à la famille pour éviter la détérioration de la situation et le recours au placement (Agence, CSSS);

- poursuivre l'analyse de l'opportunité et de la pertinence de créer un seul CRDI dans les Laurentides (Agence);

- former le personnel chargé de l'accueil social en CSSS, fonction clé pour éviter aux personnes des démarches nombreuses et inutiles. Rendre ces formations régulières et bisannuelles (CSSS);

- former l'ensemble du personnel aux changements en cours, en particulier sous l'angle de l'impact qu'ils auront sur leurs fonctions (CSSS, CRDI, Agence);

- établir des liens fonctionnels fluides entre les services et les établissements (CSSS : ententes de services);

- faciliter la transmission des informations au dossier des personnes d'un intervenant à l'autre, d'un service ou d'un établissement à l'autre (MSSS, Agence, CSSS, CRDI);

- établir un plan de communication pour informer la population du territoire de réseau local de l'organisation des services, qu'elle soit transitoire ou définitive. S'assurer que la porte d'entrée aux services est claire pour la population (CSSS);

- établir un plan de transition clair (CSSS : ententes de services);

- s'assurer que les personnes dites « entre deux chaises » aient accès aux services appropriés (CSSS);

- harmoniser l'ensemble des programmes ayant des objets similaires ou très complémentaires : aides techniques en CLSC, au Centre de réadaptation Le Bouclier, PEFSAD, allocations directes, chèque emploi-service (MSSS).

Défis liés au service d'accueil psychosocial et de santé et à l'évaluation globale des besoins

- Allouer les ressources nécessaires en CSSS pour la réalisation de cette fonction (Agence);

- assurer la formation du personnel et convenir avec les CRDI des outils cliniques à utiliser (CSSS, Agence);

- mettre en place des modalités qui assureront les liens rapides et fonctionnels entre les CSSS et les CRDI (CSSS : ententes de services);

- identifier la clientèle des CRDI ainsi que leur offre de service (CRDI, CSSS : ententes de services).

Défis liés au diagnostic

- Implanter une clinique de développement régionale (équipe multidisciplinaire) pour les enfants présentant des retards de développement. Défi touchant les programmes-services DI-DP-TED et jeunes en difficulté (Agence et établissement régional);

- prévoir la modalité favorisant le déplacement de l'équipe à jours fixes vers les Hautes-Laurentides (établissement régional);

- assurer la présence d'un pédiatre *développementaliste* pour soutenir l'équipe régionale (Agence et établissement régional);

- assurer la collaboration des CR dans l'élaboration et l'implantation de cette équipe (Agence);

- allouer les budgets nécessaires (Agence);

- définir au sein des CSSS l'organisation requise pour réaliser les évaluations psychologiques aux adultes (CSSS).

Défi lié à la référence et à l'orientation

- Mettre en place des modalités assurant les liens fonctionnels entre les services et les établissements (CSSS : ententes de services).

Défis liés à l'intervention précoce globale

- S'assurer d'une compréhension commune du concept de retard de développement (Agence avec établissements);

- faire les liens dans les CSSS (équipe famille-enfance-jeunesse) et développer une expertise d'intervention en adaptation et réadaptation pour les enfants présentant des retards de développement (CSSS en collaboration avec les CRDI et CRDP);

- assurer un processus de transition entre les CRDI et CRDP et le CSSS permettant à ce dernier d'assumer le mandat, particulièrement en ce qui a trait à l'adaptation et à la réadaptation avant l'établissement d'un diagnostic (CSSS : ententes de services, clause de transition);

- allouer les budgets nécessaires à la réalisation de ce mandat (Agence, CSSS);

- assurer l'information aux citoyens concernant ce service (CSSS).

Défis liés aux allocations de soutien aux familles (répit, dépannage et gardiennage)

- Réviser le cadre normatif régional (Agence);

- évaluer l'opportunité et l'intérêt de transférer au CSSS le programme d'allocations directes créé par le Centre du Florès (Centre du Florès);

- allouer les budgets nécessaires à la réduction des listes d'attente et à l'augmentation des montants alloués aux familles (Agence, CSSS).

Défis liés au soutien psychosocial à la personne, à la famille et aux proches

- Établir des liens de collaboration directs et fluides entre les CSSS et les CRDI (CSSS : ententes de services);

- assurer le financement requis aux CSSS pour remplir leurs nouvelles fonctions en regard du Programme déficience intellectuelle et TED (Agence).

Défi lié au soutien à l'intégration scolaire

- S'assurer que le comité régional et les comités locaux assurant le suivi de l'implantation de l'entente MSSS-MEQ tiennent compte du Programme déficience intellectuelle et TED et de ses enjeux (Agence, CSSS).

Défi lié à l'accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation

- S'assurer de la conformité avec la politique du MEQ et allouer le financement à cette fin (Agence).

Défis liés à l'intervention en situation d'urgence et de crise

- Créer des places d'hébergement temporaire sous la responsabilité du CRDI (Agence);

- réviser l'entente entre le CJ et les CRDI (Agence);

- favoriser des liens directs et rapides entre les CSSS et les CRDI (CSSS : ententes de services).

Défis liés à l'évaluation, à l'observation et au traitement pour les personnes présentant des troubles mentaux ou des troubles graves du comportement associés à la déficience intellectuelle

- Implanter les services en mettant à contribution les ressources du Centre du Florès, du CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle, du Pavillon Ste-Marie (Agence);

- évaluer les possibilités de partenariat avec les PREM TGC-TCC de Montréal (Agence);

- établir les collaborations nécessaires avec l'établissement hospitalier régional (Agence).

Défis liés à l'intégration résidentielle

- Développer des ressources spécialisées pour les personnes présentant un TED et les personnes ayant un syndrome de Gilles de la Tourette (Agence);

- confier un mandat explicite à un établissement pour desservir les personnes qui présentent un syndrome de Gilles de la Tourette (Agence) ;

- clarifier le mandat du Pavillon Ste-Marie (Agence).

Défi lié au soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement

- Clarifier la responsabilité du producteur des services de soutien à domicile dans les RNI pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (CSSS : ententes de services) .

Défis liés au soutien conseil aux intervenants auprès de personnes hébergées

- Clarifier le concept de perte d'autonomie chez les personnes déficientes intellectuelles afin que celles qui sont orientées en CHSLD puissent avoir accès aux services adéquats liés à leur état (Agence);

- clarifier la question du rôle des CRDI quant au soutien du personnel de CHSLD (CSSS : ententes de services).

Défi lié au traitement avec hospitalisation

- Réaliser des ententes de services entre les CRDI et les services de courte durée psychiatrique afin d'assurer la continuité des services (CSSS : ententes de services).



8

Programme

Déficience physique

1. DÉFINITION DU PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le programme *Déficience physique*[48] regroupe les services mis sur pied pour répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante, ainsi qu'aux besoins de leur entourage. Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) font aussi partie de ce programme.

Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale.

La clientèle du programme regroupe des personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est, ou risque d'être, réduite.

Par ailleurs, un changement dans la condition de la personne ayant une déficience physique, tel que l'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé, peut l'amener vers le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'elle présente les caractéristiques de cette clientèle et que les services ne répondront plus seulement aux besoins liés précisément à la déficience physique.

Complément d'information sur le Programme déficience physique :

- les services de ce programme ne sont pas destinés aux personnes qui ont une limitation temporaire et qui ont des besoins en réadaptation;

- les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les incapacités significatives et persistantes sont classées dans ce programme.

[48] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux,* janvier 2004.

2. DONNÉES FACTUELLES PAR RLS

Les données qui suivent sont issues du portrait statistique régional de la population avec incapacité, région Laurentides, 2003, produit par l'Office des personnes handicapées du Québec. Les données présentées sont issues de l'enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA 1998) qui concerne la population présentant une incapacité de longue durée (d'au moins six mois). Pour des raisons d'échantillonnage, seules les données pour la population des 15 ans et plus ont été retenues. Les prévalences pour les enfants de 0-14 ans sont issues des données administratives du programme d'allocation pour enfant handicapé de la Régie des rentes du Québec.

Estimation du nombre de personnes avec incapacité selon l'âge et la gravité de l'incapacité – selon les territoires de CLSC 2003

RLS	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	TOTAL	Incapacité légère 15 ans et +	Incapacité modérée ou grave 15 ans et +
Antoine-Labelle	450	3 075	1 800	5 325	3 075	1 800
DesLaurentides	525	3 525	2 250	6 300	3 650	2 125
Pays-d'en-Haut	350	2 825	2 100	5 275	3 100	1 825
Rivière-du-Nord-MN	1 850	9 850	3 750	15 450	8 575	5 025
Thérèse-De Blainville	2 625	12 425	3 100	18 150	9 775	5 750
Deux-Montagnes-MS	1 825	8 975	2 725	13 525	7 375	4 325
Argenteuil	400	2 475	1 675	4 550	2 625	1 525
Total	8 025	43 150	17 400	68 575	38 150	22 400

Source : OPHQ, portrait statistique de la population avec incapacité – région Laurentides – 2003 (124 pages) page 109 à 113

Le tableau suivant présente les estimations quant au nombre de personnes de 15 ans et plus avec incapacité, selon la nature de l'incapacité par réseau local de services. Pour connaître la définition de la nature des incapacités, veuillez vous référer aux notes complémentaires sur la définition des types d'incapacités EQLA.

Estimations du nombre de personnes de 15 ans et plus avec incapacité, selon la nature de l'incapacité, selon les territoires de CLSC - 2003

RLS	Audition	Vision	Parole	Mobilité	Agilité	Intel./ santé mentale	Autre
Antoine-Labelle	1 000	300	275	2 250	1 700	1 225	500
Des Laurentides	1 175	350	300	2 625	1 975	1 425	600
Pays-d'en-Haut	975	275	250	2 175	1 625	1 175	475
Rivière-du-Nord-MN	3 025	900	800	6 775	5 075	3 650	1 525
Thérèse-De Blainville	3 650	1 075	975	8 175	6 125	4 400	1 825
Deux-Montagnes-MS	2 700	800	700	6 000	4 500	3 250	1 350
Argenteuil	850	250	225	1 875	1 400	1 025	425
Total	13 375	3 950	3 525	29 875	22 400	16 150	6 700

Source : OPHQ portrait statistique de la population avec incapacité – région des Laurentides – 2003 (124 pages) page 111

Note : une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

Notes complémentaires sur la définition des types d'incapacité (EQLA)

Audition Difficulté à entendre une conversation avec une autre personne ou dans un groupe d'au moins trois autres personnes.

Vision Difficulté à voir les caractères d'un journal ou à voir clairement le visage de quelqu'un à quatre mètres de soi, même avec des lunettes ou des verres de contact.

Parole Difficulté à parler ou à se faire comprendre.

Mobilité Difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres sans se reposer, à monter et descendre un escalier, à transporter un objet de cinq kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de vingt minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.

Agilité Difficulté à se mettre au lit et à en sortir, à s'habiller ou se déshabiller, à se pencher et à ramasser un objet, à se couper les ongles d'orteils, à saisir ou manier un objet avec les doigts, à tendre les bras dans toutes les directions ou à couper ses aliments.

Activités intellectuelles/santé mentale

Problèmes permanents de mémoire, troubles d'apprentissage ou de perception, difficulté d'attention ou hyperactivité, déficience intellectuelle ou limitation en raison d'un problème de santé mentale de plus de six mois ou d'une déficience intellectuelle.

N.B. Ce regroupement a été réalisé afin de permettre la comparaison avec les enquêtes précédentes (ESLA 1986 et 1991) qui utilisaient ce même regroupement. Toutefois, il faut mentionner que l'évaluation de ces incapacités repose sur la perception de la personne qui répond à l'enquête et est donc de nature subjective. Cette façon de procéder rend ainsi très problématique l'estimation de la prévalence réelle des incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale dans la population; il s'agit d'ailleurs d'un problème majeur qui affecte les principales enquêtes portant sur les limitations d'activités et pour lequel aucune solution n'a encore été trouvée.

Incapacité physique de nature non précisée

Personne ayant déclaré être limitée dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle ne peut faire à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique dont la durée est de plus de six mois et qui ne se retrouve dans aucun des types d'incapacité susmentionnés.

3. DONNÉES SUR LES PRODUCTEURS ACTUELS DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS, ORGANISMES ET PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LES SERVICES, SOUS LEUR ANCIENNE APPELLATION

Le lecteur trouvera ci-dessous un tableau synthèse de ces établissements et organismes.

RLS/Services	Évaluation aux fins de référence ou de prise en charge	Intervention, soutien et traitement	Traitement avec hébergement	Traitement avec hospitalisation
THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	**CR Le Bouclier, Centre du Florès**[49]			CH
	CLSC, Centre jeunesse, CHDSJ, organismes communautaires, services de garde et écoles		CHSLD	
DEUX-MONTAGNES-MS	**CR Le Bouclier, Centre du Florès**			CH
	CLSC, Centre jeunesse, CH SE, organismes communautaires, services de garde et écoles		CHSLD	
RIVIÈRE-DU-NORD-MN	**CR Le Bouclier, Centre du Florès**			CH
	CLSC, CHHD, Centre jeunesse, organismes communautaires, services de garde et écoles		CHSLD	
ARGENTEUIL	**CR Le Bouclier, Centre du Florès**			CH
	Centre de santé d'Argenteuil, Centre jeunesse, organismes communautaires, services de garde et écoles		CHSLD	
PAYS-D'EN-HAUT	**CR Le Bouclier, Centre du Florès**			CH
	CLSC, Centre jeunesse, organismes communautaires, service de garde et école		CHSLD	
DES LAURENTIDES	**CR Le Bouclier, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle**			CH
	CLSC, CH Laurentien, Centre jeunesse, organismes communautaires, service de garde et école		CHSLD	
ANTOINE-LABELLE	**CR Le Bouclier, CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle**			CH
	CLSC, Centre jeunesse, organismes communautaires, services de garde et écoles.		CHSLD	

[49] Le Centre du Florès assume la responsabilité du recrutement des RNI pour le CR Le Bouclier.

3.2 ENTENTES ACTUELLES EN COURS

- Entente entre le Centre du Florès et le Centre de réadaptation Le Bouclier concernant les services d'orthophonie et d'ergothérapie offerts aux enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED) de moins de 6 ans;

- entente de collaboration entre le Centre jeunesse des Laurentides et Le Centre de réadaptation Le Bouclier;

- ententes entre le CR le Centre de réadaptation Le Bouclier et l'école Horizon Soleil ainsi qu'avec l'école des Érables pour les services de réadaptation aux enfants ayant une déficience physique;

- entente entre le CSSS Rivière-du-Nord/nord-de-Mirabel et l'école Horizon Soleil pour les soins infirmiers requis par les enfants;

- entente entre le CSSS Deux-Montagnes et du Sud de Mirabel et l'école des Érables pour les soins infirmiers requis par les enfants;

- entente avec l'Institut Raymond Dewar pour les services aux enfants ayant un trouble auditif central;

- entente entre le Centre de réadaptation Le Bouclier et tous les établissements regroupant le consortium de l'Ouest du Québec pour les personnes ayant un traumatisme craniocérébral modéré et sévère;

- entente entre la SAAQ et le CR le Centre de réadaptation Le Bouclier pour la clientèle en neurotraumatologie et les blessés orthopédiques graves.

3.3 CONCORDANCE AVEC LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Dans ses **Orientations ministérielles en déficience physique, objectifs 2004-2009**, le Ministère indique les lignes directrices qui s'inscrivent dans la suite des orientations de 1995 ainsi que de la politique d'ensemble « À part égale » :

- la participation sociale de personnes ayant une déficience physique comme finalité de l'ensemble des objectifs;

- le maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel;

- la nécessité d'apporter aux familles et aux proches des personnes ayant une déficience physique le soutien nécessaire;

- la vision globale de la situation de la personne ayant une déficience physique comme base pour la mise en œuvre des objectifs;

- le continuum de services intégrés comme perspective pour l'organisation des services;

- le bon service au bon moment;

- la complémentarité des programmes-services en ce qui a trait à la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique.

4. NOMENCLATURE DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

Vous trouverez dans cette section une nomenclature exhaustive des activités auxquelles le citoyen devrait normalement avoir accès. Le lecteur prendra connaissance, plus loin dans le texte, des responsabilités imparties à chaque établissement au regard de chacun de ces services. Nous vous rappelons par ailleurs que le projet de loi 83 prévoit qu'un établissement, autre qu'une instance locale, devra préciser à l'Agence l'offre de service qu'il entend rendre disponible au palier local, régional ou suprarégional (article 105.1). Cet exercice est donc un préalable à la conclusion des ententes des services.

Nous sommes conscients par ailleurs que tous ces services ne sont actuellement pas disponibles dans tous les territoires et que des stratégies devront être mises en place afin de combler dans le temps les écarts entre l'offre et la demande.

Le lecteur prendra note que l'intégration sociale et la participation sociale pleine et entière des personnes est la finalité de l'ensemble des services de l'offre régionale. Le principe de bidirectionnalité d'un service à l'autre, à n'importe quel moment du continuum guide les actions des intervenants.

4.1 ÉVALUATION AUX FINS DE RÉFÉRENCE OU DE PRISE EN CHARGE

Accueil psychosocial et de santé et évaluation globale des besoins

Cette activité comprend l'accueil et le soutien aux jeunes, à leur famille ainsi qu'aux adultes identifiés par les services généraux comme présentant une déficience physique. L'objectif est de déterminer si une évaluation globale des besoins est requise. Compte tenu des consortiums de services mis en place pour certaines clientèles particulières (TCC, blessés médullaires, enfants ayant un implant cochléaire, ententes particulières avec la SAAQ), l'accueil/évaluation se réalise dans plusieurs établissements (CSSS et CR). Les enfants et les adultes non intégrés au sein d'un consortium de services sont actuellement orientés directement au le centre de réadaptation Le Bouclier, mais ils seront orientés vers le CSSS dans la nouvelle organisation des services.

Référence et orientation

Pour faire suite à l'évaluation globale des besoins et/ou à l'établissement du diagnostic, la personne est orientée et accompagnée vers le service approprié.

Diagnostic aux enfants

Évaluation visant à établir un diagnostic ou à formuler des conclusions de nature diagnostique (dans le respect du code des professions) selon le champ d'expertise professionnelle requis. Cela inclut également l'annonce du diagnostic à la personne concernée et aux parents (si enfants en cause) ainsi que l'orientation vers les services appropriés.

Ce service fait référence à la nécessité de créer une équipe régionale ayant une approche interdisciplinaire pouvant établir un diagnostic différentiel (clinique de développement). Il touche les programmes-services DP-DI-TED-santé mentale infantile et jeunesse.

4.2 INTERVENTION, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Intervention précoce globale

L'intervention précoce vise à prévenir ou à minimiser l'installation d'incapacités significatives et persistantes. Elle peut comprendre, pour les jeunes enfants, la prévention, le dépistage, les mesures de soutien en milieu naturel, l'intégration en services de garde, l'intégration aux services préscolaires et les services d'adaptation et réadaptation. L'intervention précoce s'effectue sur un constat de retard de développement, avant l'établissement d'un diagnostic et la référence vers un service spécialisé. Les politiques ministérielles (DI, DP, TED) et les documents d'orientation en regard des ententes de services établissent une responsabilité importante des instances locales en regard de ce service. Actuellement, l'intervention précoce est réalisée par les anciennes équipes FEJ des CLSC (famille-enfance-jeunesse). Le volet d'adaptation-réadaptation se partage par ailleurs entre l'ancien CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le Centre du Florès, le CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle et le Centre de réadaptation Le Bouclier.

Allocations de soutien aux familles (répit, dépannage et gardiennage)

Ce service consiste en une allocation financière accordée selon certains critères aux familles afin qu'elles puissent « acheter » les services requis en fonction de leurs besoins.

Service psychosocial à la personne

Ce service de consultation vise à favoriser un soutien à la personne et le développement des capacités d'adaptation lié à la condition de déficience physique. Les services psychosociaux sont étroitement reliés à l'épisode de

soins ou de services reçus par la personne. Pour éviter le fractionnement des interventions, ces services seront offerts par le CR pendant la période de réadaptation et par les CSSS avant un épisode de réadaptation ou après la cessation de ceux-ci. Des liens étroits devront être développés avec la 3e ligne afin que les besoins psychosociaux de la personne soient identifiés et que les liens soient réalisés avec les CSSS pour la continuité des interventions.

Soutien psychosocial à la famille et aux proches

Ces services de consultation visent à soutenir la famille et les proches dans le processus d'acceptation et d'adaptation devant la déficience de leur proche. Ces services suivent la même logique d'organisation que les services psychosociaux à la personne.

Soutien à l'intégration scolaire

Il s'agit de travailler en collaboration avec le personnel du milieu scolaire pour l'élaboration d'un plan d'intervention conjoint visant l'harmonisation des objectifs de réadaptation du jeune.

Soins de santé et services de réadaptation en milieu scolaire

Il s'agit d'assurer les soins de santé (soins infirmiers, alimentation) et les services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, positionnement) requis par les élèves fréquentant les écoles spécialisées (Horizon Soleil et École des Érables).

Accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation

Il s'agit d'offrir l'accompagnement requis par les jeunes en dehors des heures de scolarisation soit aux heures du dîner et après l'école. Ce service requiert des clarifications en fonction des rôles et responsabilités de l'école, particulièrement pour les services de garde après la fin des heures de scolarisation.

Soutien à domicile (SAD)

Les services de soutien à domicile comprennent les services destinés à la personne et qui permettent d'agir sur son environnement immédiat (soins et services professionnels, aide domestique, répit et équipements) et les services s'inscrivant dans une perspective globale comprenant le logement et le transport adapté. Ces services offerts par les CSSS sont mentionnés dans la politique de soutien à domicile « Chez soi le premier choix, 2003 ».

Ces services sont les suivants : services médicaux ; soins infirmiers; soins et assistance personnelle (aide domestique, soutien civique, popote, assistance à l'apprentissage, appui aux tâches familiales); services spécifiques de physiothérapie, d'ergothérapie, de nutrition et d'inhalothérapie; soutien psychosocial; soutien technique : équipements et aides techniques, adaptation de domicile.

Le soutien à domicile apparaît davantage comme une modalité plutôt qu'un service. Ainsi, plusieurs services énumérés ici peuvent être offerts au domicile de la personne ou en ambulatoire. Les précisions sur la politique de soutien à domicile désignent la RNI (ressource non institutionnelle : RTF, RI, résidences privées) comme un milieu de vie et à ce titre, les services de soutien à domicile doivent être offerts lorsque requis, dans ce type de milieu.

Il est convenu que les évaluations pour l'adaptation de domicile doivent être globalement réalisées par les CSSS. Toutefois, pour le meilleur intérêt du client, il est requis que le Centre de réadaptation Le Bouclier continue de réaliser ces évaluations pour les personnes qui bénéficient d'une couverture par une assurance publique (SAAQ, CSST par exemple) et également en soutien aux CSSS, lorsque le CR connaît bien le client.

Services de réadaptation reliés à des besoins de santé physique

Ces services s'inscrivent dans le continuum de services de santé physique. Nous les avons toutefois inscrits dans le continuum de services déficience physique pour s'assurer des liens de collaboration à établir avec ce programme-services. Ces services comprennent principalement l'ergothérapie, l'orthophonie et la physiothérapie offertes à des enfants et des adultes suite à une hospitalisation ou une chirurgie. Ils comprennent également des services de réadaptation suite à un diagnostic médical (ex. : torticolis congénital).

Services de réadaptation auprès des enfants présentant des retards de langage

Certains enfants présentent des retards de langage qui ne sont pas des déficiences physiques et nécessitent des interventions de réadaptation pour stimuler et améliorer leur langage.

Intervention en situation d'urgence et de crise

C'est une intervention rapide visant à trouver des solutions immédiates pour diminuer le niveau de risque relié à la situation. Ces situations peuvent survenir pendant l'attente des services du CR.

Services d'adaptation et de réadaptation spécialisés

Les services d'adaptation et de réadaptation consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie et visent le développement ou la récupération par la personne d'un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle dans différentes dimensions de sa vie. Le concept d'autonomie fonctionnelle recouvre donc ceux d'autonomie personnelle, d'autonomie sociorésidentielle, d'autonomie sociale et professionnelle. Les services sont offerts à différentes clientèles, enfants et adultes, ayant des incapacités significatives et persistantes :

- les personnes ayant une déficience motrice (incluant les personnes ayant un TCC, une blessure orthopédique grave ou une blessure médullaire);
- les personnes ayant une déficience du langage;
- les personnes ayant une déficience visuelle;
- les personnes ayant une déficience auditive.

Les interventions sont réalisées par des équipes ayant une approche interdisciplinaire.

Réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes ayant une déficience motrice

La RFI est définie comme un processus soutenu et régulier d'intervention globale, personnalisée, limitée dans le temps, permettant à la personne dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité d'incapacité significative et persistante, à la suite d'une déficience motrice, de développer ses capacités de façon maximale grâce à sa propre participation et à celle d'une équipe multidisciplinaire spécialisée.

La RFI fait actuellement l'objet de travaux régionaux visant à recentrer la mission de ces services. Les personnes qui bénéficient de ce service ont soit une déficience physique, soit des problèmes de santé physique. Les personnes amputées d'un membre inférieur sont référées à Montréal.

Réadaptation fonctionnelle intensive aux enfants suite à un implant cochléaire

Ces services sont dispensés au sein d'un continuum provincial où les services sont offerts en 3^{e} ligne au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et la réadaptation post-implant est réalisée régionalement par le Centre de réadaptation Le Bouclier.

Évaluation et intervention spécialisées pour les personnes ayant une déficience physique associée à des troubles de comportement, des troubles de santé mentale ou des problèmes de dépendance

Les personnes présentant des problématiques multiples reliées à leur déficience physique nécessitent une expertise spécialisée pour orienter les interventions. Ce service n'est pas disponible dans la région des Laurentides.

4.3 INTERVENTIONS AVEC HÉBERGEMENT

Intégration résidentielle pour les enfants et les adultes

Différentes activités assurent à la personne ayant une déficience physique un milieu de vie approprié à ses besoins. Ce service fait référence à la gestion des ressources et à la création de celles-ci lorsque requis par la clientèle :

- RTF, RI ;
- formes variées de logement supervisé ;
- CHSLD ;
- ressources privées.

Actuellement, il n'existe pas de ressources résidentielles adaptées à l'âge des personnes adultes ayant une déficience physique et pour les personnes qui présentent des troubles de comportement.

Soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement

Activités visant à soutenir la personne dans la recherche d'un milieu de vie qui lui procure un chez-soi, tout en assurant sa sécurité physique et psychologique. Ce service comprend, entre autres, le suivi des personnes au sein des ressources où elles vivent.

Répit spécialisé avec hébergement

Services de répit offerts au sein de ressources résidentielles spécialisées pour les personnes qui requièrent un encadrement humain nécessitant des compétences particulières ou un encadrement physique spécifique.

Les principales ressources de répit pour les enfants sont développées par les organismes communautaires alors que les ressources de répit pour les adultes sont en CHSLD.

4.4 TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION

Certaines personnes présentant une déficience physique associée à des troubles de comportement, des troubles de santé mentale et des problèmes de dépendance nécessitent parfois des services:

- de courte durée psychiatrique;
- de longue durée psychiatrique;
- dans un cadre médicolégal;
- à l'unité de besoins de complexes;
- développés par le CR Centre André-Boudreau

Services de santé physique et de réadaptation précoce offerts par les consortiums de services pour les TCC et les blessés médullaires

Les corridors de services et les ententes sont réalisés dans le cadre des consortiums déjà établis.

4.5 AUTRES

Évaluation pour conduite automobile et adaptation de véhicule

Ce service vise à évaluer les capacités des personnes et à réaliser les adaptations de véhicule pour répondre aux besoins des conducteurs présentant des déficiences motrices :

- évaluation des préalables à la conduite automobile;
- évaluation sur la route et adaptation du véhicule, s'il y a lieu.

5. RESPONSABILITÉS ET PARTENARIAT

Le lecteur trouvera ci-dessous la nomenclature des activités et des modalités ainsi que le principal responsable de sa réalisation. Dans certains cas, celle-ci est partagée entre deux producteurs, ce qui suppose une clarification dans le cadre des ententes de services.

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
Accueil psychosocial et de santé et évaluation globale des besoins.	CSSS, CR Le Bouclier pour les clients en consortium de services	écoles, Centre jeunesse, CPE, médecins, CH
Diagnostic aux enfants	CH régional (tous diagnostics) TED : CSSS RduN, DMSM, des Sommets, Argenteuil	CPE, commissions scolaires, Centre jeunesse, CH Ste-Justine et CH de Montréal pour enfants
Référence et orientation	CSSS et CRDP	médecins
Intervention précoce globale	CSSS	CRDI, CRDP, Centre jeunesse
Allocations de soutien aux familles	CSSS	
Soutien psychosocial à la personne	CSSS et CRDP	médecins et 3e ligne
Soutien psychosocial à la famille et aux proches	CSSS et CRDP	médecins et 3e ligne
Soutien à l'intégration	CSSS et CRDP	MEQ
Accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation	CSSS	écoles et MEQ
Soins de santé et réadaptation en milieu scolaire	CSSS (soins de santé) CRDP (réadaptation)	écoles et MEQ
Soutien à domicile	CSSS	CR Le Bouclier (en présence d'un agent payeur)
Services de réadaptation reliés à des besoins de santé physique	CSSS	
Réadaptation auprès des enfants présentant des retards de langage	CSSS	CPE
Services d'adaptation et réadaptation spécialisés	CRDP	CSSS
Intervention en situation d'urgence et de crise	CSSS et CRDP	Centre jeunesse, écoles, CPE, Centre André-Boudreau
Réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes ayant une déficience motrice	CSSS CRDP pour les clientèles en consortium de services	médecins
Réadaptation fonctionnelle intensive aux enfants suite à un implant cochléaire	CR Le Bouclier	CHUQ-IRDPQ
Évaluation et intervention	à identifier	PREM TGC-TCC et CH

Activités/services/modalités	Responsables de produire ce service ou de gérer cette modalité	Principaux partenariats
spécialisées pour les personnes ayant une déficience physique associée à des troubles de comportement, des troubles de santé mentale ou des problèmes de dépendance.		régional
Intégration résidentielle	CRDP et CSSS	CRDI, Centre jeunesse
Soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement	CSSS et CRDP	
Répit spécialisé avec hébergement	CSSS	OC
Services de santé physique et de réadaptation précoce en lien avec les consortiums de services pour les TCC et les blessés médullaires	CRDP	partenaires identifiés consortium
Évaluation pour la conduite automobile et adaptation de véhicule	CSSS et CRDP	
Répondant du programme	CSSS-CRDP	
Procédure d'accès aux services	CSSS-CRDP	
Intervenant pivot	CSSS- CRDP	
Agent de liaison	CSSS	
Coordination PSI	CSSS-CRDP	
Gestion parc RTF-RI	CRDP	
Ententes de services	CSSS	
Traitement des plaintes	CSSS-CRDP	
Mécanisme de vigie-qualité	CSSS-CRDP	
Activités réalisées par les organismes communautaires		organismes communautaires

6. DÉFIS DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DES SERVICES

Le lecteur prendra maintenant connaissance des défis qui ont été retenus par les différents comités de travail au regard d'activités spécifiques. La parenthèse, à la fin de chaque paragraphe, indique qui devra prendre le leadership face à ce défi. L'établissement ciblé a été désigné par l'Agence, suivant l'approche et les principes mis de l'avant par les transformations actuelles du réseau. Bien entendu, l'institution ciblée devra procéder en étroite collaboration avec les établissements et partenaires concernés.

Défis non liés à une activité

- Organiser des services d'évaluation et de développement pour les enfants de moins de 6 ans. Ce défi interpelle les programmes-services jeunes en difficulté, santé mentale infantile, déficience intellectuelle, TED et déficience physique. Il met en lumière la nécessité de créer une équipe régionale d'évaluation-diagnostic (clinique de développement) et une organisation de services par territoire (intervention précoce globale) pour desservir l'ensemble des enfants nécessitant un suivi (collaboration CSSS et CRDI-CRDP). Une concertation régionale s'impose pour organiser les services de façon cohérente (Agence) ;

- accentuer les mesures de répit et de soutien à la famille pour éviter la détérioration des situations des familles et le recours aux placements (Agence, CSSS);

- former le personnel chargé de l'accueil social en CSSS, fonction clé pour éviter aux personnes des démarches nombreuses et inutiles. Rendre ces formations régulières et bisannuelles (CSSS);

- former l'ensemble du personnel aux changements en cours et les sensibiliser à l'impact que ces changements auront sur leurs fonctions (CSSS, Centre de réadaptation Le Bouclier);

- établir des liens fonctionnels fluides entre les services et les établissements (CSSS : ententes de services);

- faciliter la transmission des informations au dossier des personnes d'un intervenant à l'autre, d'un service ou d'un établissement à l'autre (MSSS, Agence, CSSS, Centre de réadaptation Le Bouclier);

- établir un plan de communication pour informer la population du territoire de réseau local de l'organisation des services, qu'elle soit transitoire ou définitive. S'assurer que la porte d'entrée aux services est claire pour la population (CSSS);

- établir un plan de transition clair (CSSS : ententes de services);

- Déterminer des paramètres communs que les CR pourront retrouver dans chacune des ententes de services conclues avec les CSSS (Agence, CSSS);

- s'assurer que les personnes dites « entre deux chaises » aient accès aux services appropriés (CSSS);

- harmoniser l'ensemble des programmes ayant des objets similaires ou très complémentaires : aides techniques en CLSC et au Centre de réadaptation Le Bouclier, PEFSAD, allocations directes, chèque emploi-service (MSSS).

Défis liés à l'accueil psychosocial et de santé et à l'évaluation globale des besoins

- Identifier clairement la clientèle du CRDP ainsi que son offre de service (Centre de réadaptation Le Bouclier, CSSS :ententes de services);

- planifier les modalités de transition entre les anciennes façons de faire et les nouvelles pratiques impliquant les CSSS (Agence et CSSS : ententes de services);

- bien informer la population des changements (CSSS);

- assurer les budgets requis aux CSSS pour réaliser ce mandat (Agence);

- identifier les stratégies et les actions liées à la formation du personnel des CSSS en regard des nouvelles responsabilités (Agence et CRDP);

- mettre en place des modalités qui assureront les liens rapides et fonctionnels entre les CSSS et le CRDP (CSSS : ententes de services).

Défis liés à la référence et à l'orientation

- Mettre en place des modalités assurant les liens fonctionnels entre les services et les établissements (CSSS : ententes de services);

- assurer une transmission d'information rapide et fluide entre les établissements (CSSS : ententes de services).

Défis liés au diagnostic des enfants

- Implanter une clinique de développement régionale (équipe multidisciplinaire, multiproblématique) pour les enfants présentant des retards de développement. Défi touchant les programmes-services DI, DP, TED, SM et jeunes en difficulté (Agence et établissement régional);

- prévoir la modalité favorisant le déplacement de l'équipe à jours fixes vers les Hautes-Laurentides (Agence et établissement régional);

- assurer la présence d'un pédiatre *développementaliste* pour soutenir l'équipe régionale (Agence);

- assurer la collaboration des CR dans l'élaboration et l'implantation de cette équipe (Agence);

- allouer les budgets nécessaires (Agence).

Défis liés à l'intervention précoce globale

- S'assurer d'une compréhension commune du concept de retard de développement (Agence avec établissements);

- faire les liens dans les CSSS (équipe famille-enfance-jeunesse) et développer une expertise d'intervention en adaptation et réadaptation pour les enfants présentant des retards de développement (CSSS en collaboration avec les CRDI et CRDP);

- assurer un processus de transition entre les CRDI, et CRDP et le CSSS permettant à ce dernier d'assumer le mandat, particulièrement en ce qui a trait à l'adaptation et à la réadaptation avant l'établissement d'un diagnostic (CSSS : ententes de services, clause de transition);

- allouer les budgets nécessaires à la réalisation de ce mandat (Agence, CSSS);

- assurer l'information aux citoyens concernant ce service (CSSS).

Défis liés aux allocations de soutien aux familles (répit, dépannage et gardiennage)

- Réviser le cadre normatif régional (Agence);
- allouer les budgets nécessaires à la réduction des listes d'attente et à l'augmentation des montants alloués aux familles (Agence, CSSS);
- allouer les budgets nécessaires à la réduction des listes d'attente et à l'augmentation des montants alloués aux familles (Agence, CSSS).

Défis liés au service psychosocial à la personne, à la famille et aux proches

- Établir des liens de collaboration directs et fluides entre les CSSS et les CRDP (CSSS : ententes de services);
- établir des liens fonctionnels avec les centres de 3e ligne et les CSSS afin que ces besoins soient répertoriés et signalés (Agence);
- assurer le financement requis aux CSSS pour remplir leur mandat (Agence).

Défi lié au soutien à l'intégration scolaire

- S'assurer que le comité régional et les comités locaux assurant le suivi de l'implantation de l'entente MSSS-MEQ tiennent compte du programme déficience physique et de ses enjeux (Agence, CSSS).

Défis liés aux soins de santé et réadaptation en milieu scolaire

- Assurer le financement nécessaire aux CSSS impliqués auprès de ces écoles (Agence);
- assurer le financement nécessaire au CRDP (Agence).

Défis liés à l'accompagnement en milieu scolaire en dehors des heures de scolarisation

- Évaluer les raisons qui limitent la mise en place de services de garde dans les écoles (CSSS);
- s'assurer de la conformité avec la politique du MEQ et allouer le financement à cette fin (Agence).

Défis liés aux services de soutien à domicile

- Harmoniser la nomenclature entre les programmes-services (Agence);

- prévoir un mécanisme de collaboration et de transition entre le CR et les CSSS pour les évaluations en rapport avec l'adaptation de domicile (CSSS : ententes de services);

- assurer une offre de service en orthophonie pour les adultes et consentir les budgets à cette fin (CSSS, Agence);

- faire les liens avec la SHQ pour l'augmentation des budgets en adaptation de domicile (Agence, MSSS);

- assurer le transfert d'information du CR vers le CSSS sans dédoublement (CSSS : ententes de services);

- poursuivre l'offre de service dans le cadre du soutien à domicile par le CR pour les personnes qui bénéficient d'un agent payeur (assurance publique) (Agence, CSSS : ententes de services).

Défis liés aux services de réadaptation reliés à des besoins de santé physique

- Assurer un mécanisme de référence et de liaison efficace vers le CR; lorsque l'incapacité devient significative et persistante (CRDP, CSSS : ententes de services);

- connaître l'offre de service du Centre de réadaptation Le Bouclier et sa capacité réelle à offrir les services (Centre de réadaptation Le Bouclier, CSSS : ententes de services);

- assurer une offre de service pour les CSSS sans CH (CSSS : ententes de services avec autre CSSS).

Défis liés aux services de réadaptation pour les enfants présentant des retards de langage

- Revoir le lieu de prestation des services en fonction des services d'intervention précoce globale à mettre en place incluant le volet de réadaptation (CSSS);

- clarifier la responsabilité du Centre de réadaptation Le Bouclier en ce quia trait aux retards modérés et sévères de langage actuellement desservis par l'HDSJ (les CR de Montréal desservent ces enfants) (Agence).

Défis liés à l'intervention en situation d'urgence et de crise

- Favoriser des liens directs et rapides entre les CSSS et les CRDP (CSSS : ententes de services);

- préciser les personnes à contacter et les corridors de services (Agence, tous les établissements concernés).

Défis liés aux services d'adaptation et de réadaptation spécialisés

- Déterminer la capacité réelle du Centre de réadaptation Le Bouclier à réaliser ses mandats et prévoir des mécanismes supplétifs, si requis (CSSS : ententes de services);

- faire les liens avec les services du programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (Agence, CSSS);

- augmenter l'offre de service du Centre de réadaptation Le Bouclier jusqu'à l'obtention d'une offre de service complète (Agence);

- assurer des liens fonctionnels entre les CSSS et le Centre de réadaptation Le Bouclier en désignant des personnes ressources pour clarifier les rôles de chacun en lien avec les services d'adaptation et d'intégration sociale qui se chevauchent parfois (prévoir des mécanismes formels et réguliers) (CSSS : ententes de services).

Défis liés aux services de réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes ayant une déficience physique

- Réviser et recentrer l'offre de service régionale en réadaptation fonctionnelle intensive (Agence);

- établir des corridors de services pour les personnes amputées qui reviennent en région suite à un séjour à l'IRM (Agence);

- définir le continuum de services requis par la clientèle suite à des services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne (Agence);

- différencier le type de services requis par les personnes à l'externe : intégration professionnelle et sociale, RFI (la définir), soutien à domicile, hôpital de jour (Agence).

Défis liés à l'évaluation et à l'intervention spécialisées pour les personnes ayant une déficience physique associée à des troubles de comportement, des troubles de santé mentale ou des problèmes de dépendance

- Faire les liens avec les autres programmes services qui connaissent le même type de difficultés pour des clientèles aux prises avec des problématiques complexes (déficience intellectuelle, santé mentale, jeunes en difficultés d'adaptation) (CSSS : ententes de services, modèle d'organisation);

- évaluer les possibilités de partenariat avec les PREM TGC-TCC de Montréal (Agence);

- établir les collaborations nécessaires avec l'hôpital régional (Agence, CSSS : ententes de services avec le CH régional);

- mettre à contribution le Centre de réadaptation Le Bouclier, le CR Centre André-Boudreau et les services en santé mentale dans l'organisation de ces réponses (Agence, CSSS : modalités d'intégration).

Défis liés à l'intégration résidentielle

- Désigner un producteur de services pour la mise en place de ressources résidentielles s'adressant à :

  - des personnes qui présentent des troubles de comportement ;
  - des jeunes adultes ayant des maladies évolutives et ayant un grand potentiel occupationnel ;
  - des adultes ayant une déficience motrice (Agence) ;

- clarifier avec le Centre de réadaptation Le Bouclier l'étendue de son mandat pour la gestion du parc de ressources en DP (Agence).

Défis liés au soutien à la personne dans des formes variées de logement et d'hébergement

- Départager les rôles et responsabilités des CSSS et du CRDP dans l'application de la politique de soutien à domicile dans les RNI gérées par le CRDP (Agence);

- s’assurer que les CSSS ont les ressources nécessaires pour appliquer la politique de soutien à domicile dans les RNI et les résidences privées, notamment pour la clientèle ayant une déficience physique (Agence).

Défi lié aux services de répit spécialisé avec hébergement

- Préciser le nombre d’enfants multihandicapés nécessitant des services de répit spécialisés et réaliser des ententes de services avec le CR Marie-Enfant ou le Pavillon Ste-Marie, le cas échéant (Agence).

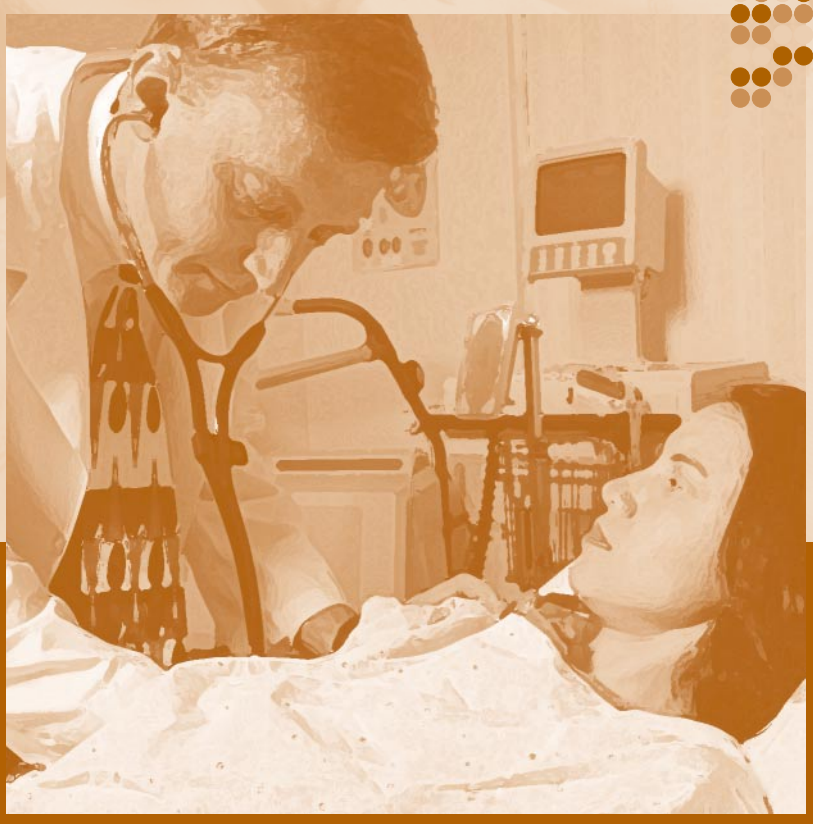
Défi lié au traitement avec hospitalisation

- S’assurer que les personnes déficientes physiques ayant besoin d’une hospitalisation (santé physique ou mentale) aient accès à des services adéquats et adaptés à leur condition (CSSS : ententes de services avec établissements concernés).

Défis liés à l’évaluation pour la conduite automobile et à l’adaptation de véhicule

- Développer des services pour les personnes vieillissantes (Agence);

- s’assurer que les médecins réfèrent au CRDP pour une évaluation si requis (CSSS).



9

Programme
Santé physique

SANTÉ PHYSIQUE

À VENIR

Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Cadre de référence pour la réalisation du projet clinique pour la région des Laurentides*, version 4. Saint-Jérôme, l'Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux des Laurentides, mars 2004. 8 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Projet régional d'organisation de services intégrés : volet mise en œuvre*. Québec, l'Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, septembre 2004.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : axes de réflexion du Comité des centres de santé. Montréal, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec*, avril 2004, 17 p.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC ; ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Mise en place des centres de santé et de services sociaux : outils de gestion*, *Montréal, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec* juin 2004.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ; ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC ; FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CRDI ; FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANIES. *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale concernant le projet clinique*. décembre 2004.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux. L.R.Q., chap. A-8.1.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Projet de loi 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Editeur officiel du Québec, 2004.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX . *Guide à l'implantation du projet clinique : document de consultation*. Québec, le ministère de la Santé et des services sociaux, juillet 2004. 62 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction de la planification *Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la santé et des services sociaux.* Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 29 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2004. 13 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes entre les instances locales et les CRDI*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2004. 38 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction de la planification stratégique. *Cibles nationales 2004-2005 : document de travail.* Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2004. 28 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction des ententes de services. *Cahier des ententes administratives 2004-2005.* Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2004. 17 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le nouveau mode d'allocation des ressources, texte synthèse*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2004. 3 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004. 20 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction générale des services sociaux. *Les services généraux offerts par les instances locales des services de santé et des services sociaux*.. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2004. 154 p..

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Proposition préliminaire d'évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document de travail*,. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2004. 21 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction générale de la coordination. *Monitorage des services de 1re ligne dans le cadre du suivi de l'implantation des réseaux locaux de services*. Québec, le ministère de la Sané et des Services sociaux, mai 2004. 11 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux.* Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2004. 5 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction des affaires médicales et universitaires. *Le continuum de services : de l'instance locale aux services régionaux et réflexion pour la mise en place du projet clinique : document de travail*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2004. 24 pages.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction générale adjointe de la planification stratégique. *Les responsabilités de l'instance locale, de l'agence et du ministère (projet)*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2004. 8 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Faits saillants de la rencontre réunissant les sous-ministres et les représentants des quatre Associations d'établissements à vocation régionale, tenue le 15 juin 2004*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Organismes communautaires : les ententes à convenir avec les instances locales*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004.