

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

**LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET LES PRIORITÉS DE SANTÉ
ET DE BIEN-ÊTRE EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
ÉTUDE DE CAS**

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR
JEANNINE CADOTTE

FÉVRIER 1996





Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

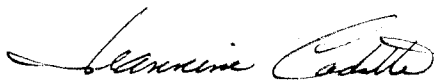
L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

AVANT-PROPOS

À travers le cheminement de la «Maîtrise en Éducation», comme auteure de ce mémoire, nous avons concentré nos lectures et nos recherches sur la planification stratégique. Ayant privilégié une étude de cas, nous nous inspirons du processus utilisé pour prioriser des problèmes de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue. Problèmes sur lesquels la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue met l'emphase afin d'améliorer l'état de santé de sa population. Cette étude de cas gravite également autour d'une opération de sensibilisation de différents partenaires dans l'atteinte de cet objectif d'ici l'an 2002.

Beaucoup de personnes ont contribué à cette démarche de sensibilisation et, de ce fait, ont participé de près ou de loin à cette recherche. D'abord, soulignons l'appui des gestionnaires et des membres du conseil d'administration pour leur confiance manifestée tout au long de la démarche. Puis, mentionnons la très grande collaboration des professionnels, qui sans eux cette tournée n'aurait pu se faire, ainsi que l'apport du personnel de secrétariat qui a su rendre les délais réalistes.

Un merci tout spécial à notre directeur de mémoire, monsieur Jean-Pierre Marquis, qui a su nous guider tout au long de ce périple. Enrichi de ses conseils, nous avons atteint notre but soit finaliser ce mémoire.



Jeannine Cadotte
Auteure

Jean-Pierre Marquis
Directeur de recherche

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
1.1 PROBLÈME	6
CHAPITRE II CADRE DE RÉFÉRENCE : PLANIFICATION STRATÉGIQUE	8
2.1 APPROCHES ET PERSPECTIVES	8
2.1.1 Objet et définition de la planification	9
2.1.2 Concept santé	13
2.1.3 Voies d'investigation	14
2.2 DÉTERMINATION DES BESOINS	15
2.2.1 Organisation de l'étude des besoins	16
2.2.2 Composition et fonctions du groupe responsable	17
2.2.3 Définition de la population à l'étude	17
2.2.4 Méthodes et approches d'identification des problèmes et des besoins de santé	18
2.2.5 Analyse des résultats de l'étude des besoins	19

2.3 DÉTERMINATION DES PRIORITÉS	20
2.3.1 Alternatives	20
2.3.2 Démarche à suivre pour déterminer les priorités	21
2.4 INFLUENCE DES ACTEURS DANS LE PROCESSUS DE LA PLANIFICATION	23
2.4.1 Environnement externe	23
2.4.2 Environnement interne	24
 CHAPITRE III CADRE MÉTHODOLOGIQUE	26
3.1 BUT ET OBJECTIFS	27
3.2 LIMITES	28
3.3 RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	29
 CHAPITRE 1V PLANIFICATION EN REGARD DES PRIORITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	32
4.1 CRHONOLOGIE DES ACTIVITÉS DANS LE CADRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	32
4.2 TOURNÉE DE SENSIBILISATION DANS LES MRC	47
4.2.1 Responsabilités des diverses instances en regard de cette tournée de sensibilisation	48
4.2.2 Les objectifs et la participation aux rencontre	48
4.2.3 Paramètres	52
4.2.4 Déroulement de la rencontre	54
4.2.5 Démarche utilisée dans le cadre des ateliers	55

CHÂPITRE V	RÉSULTATS DE LA TOURNÉE DE SENSIBILISATION TENUE DANS LES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ	57
5.1	RÉSULTATS PAR CHAMP D'ACTIVITÉ	58
	. <i>Adaptation sociale</i>	59
	. <i>Santé physique</i>	61
	. <i>Santé publique</i>	63
	. <i>Santé mentale</i>	65
	. <i>Intégration sociale</i>	67
5.2	ÉVALUATION DE L'ENSEMBLE DES RENCONTRES DANS LES MRC	70
CHAPITRE VI	ANALYSE DES RÉSULTATS	79
6.1	ORGANISATION DES RÉSULTATS	79
	6.1.1 <i>Regroupement par thème</i>	80
6.2	ANALYSE DE FAISABILITÉ	83
	6.2.1 <i>Résultats de l'analyse de faisabilité</i>	84
6.3	PROCHAINES ÉTAPES	87
CHAPITRE VII	DISCUSSION	91
7.1	FORCES ET FAIBLESSES	94
	CONCLUSION	96
	BIBLIOGRAPHIE	100

ANNEXES 103

ANNEXE 1 *Processus de planification stratégique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'abitiibi-témiscamingue*

ANNEXE 2 *Critères de faisabilité des interventions*

ANNEXE 3 *Catégories de facteurs de risque*

ANNEXE 4 *Grille d'analyse pour formuler des recommandations sur les priorités*

ANNEXE 5 *Résultats de la tournée de sensibilisation en termes de facteurs de risque et d'intervention présentés par champ d'activité*

LISTE DES FIGURES

- FIGURE 1** *Organigramme du conseil régional de la santé et des services sociaux, 1986-1992 3*
- FIGURE 2** *Processus de planification (adapté à partir de Henrik L. Blum) 11*

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	<i>Compilation à partir de la méthode de Hanlon des problèmes retenus comme importants, 1989</i>	36
TABLEAU 2	<i>Problématiques identifiées en Abitibi-Témiscamingue et objectifs proposés par le CRSSSAT, juin 1992</i>	39
TABLEAU 3	<i>Problématiques identifiées en Abitibi-Témiscamingue selon cinq champs d'activité</i>	45
TABLEAU 4	<i>Nombre d'invitations par secteur d'activité</i>	50
TABLEAU 5	<i>Répartition des personnes participantes</i>	52
TABLEAU 6	<i>Nombre de facteurs de risque et d'interventions par champ d'activité</i>	69
TABLEAU 7	<i>Représentation du nombre d'interventions en regard des catégories de facteurs de risque</i>	83

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CRSSSAT *Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*

MRC *Municipalité régionale de comté*

MSSS *Ministère de la Santé et des Services sociaux*

RRSSSAT *Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*

INTRODUCTION

Poursuivant les objectifs et orientations de la réforme de la santé et des services sociaux et de la Politique de la santé et du bien-être, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue doit déterminer, en concertation avec ses partenaires, des priorités en matière de santé et de bien-être.

La présente étude s'inscrit donc dans une analyse descriptive permettant d'une part d'approfondir les étapes de la planification stratégique et, d'autre part, de mettre en perspective l'implication ainsi que la perception des acteurs tout au long de ce processus.

Le premier chapitre, tout en précisant le mandat reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les objectifs et les stratégies de la Politique, situe les principales phases de la planification stratégique ainsi que les partenaires mis à contribution lors des diverses opérations.

Dans le second chapitre, nous y abordons la planification stratégique comme cadre de référence de cette étude. Les approches et perspectives y sont relevées ainsi que l'objet et définition de la planification, le concept santé et les voies d'investigation permettant d'effectuer une telle démarche. De plus, nous expliquons les diverses étapes de la planification stratégique utilisées par la Régie régionale afin de déterminer des priorités et d'élaborer un plan d'action régional. Nous nous attardons également sur certains éléments, tant au niveau de l'environnement interne qu'externe, ayant influencé la démarche.

Pour sa part, le troisième chapitre circonscrit le cadre méthodologique de cette étude. Celle-ci relevant de l'étude de cas permet de présenter l'état de situation tout en précisant le but de l'étude, les objectifs poursuivis, les limites ainsi que les ressources humaines et matérielles.

Au chapitre 4, le lecteur se familiarise avec les opérations et les activités nécessaires pour la tenue des rencontres dans les municipalités régionales de comté (MRC). De plus, nous y relevons les objectifs de cette tournée, la participation ainsi que les paramètres entourant cette démarche.

Le chapitre 5 met l'emphase sur le déroulement de chacune des rencontres, les réactions des participants face à la démarche ainsi que sur plusieurs éléments, entre autres, les facteurs de risque faisant consensus.

Le chapitre 6 est consacré à l'analyse des résultats. Nous y retrouvons l'analyse de faisabilité effectuée par les professionnels de la Régie régionale ainsi que les résultats transmis à l'Assemblée régionale.

Une discussion concernant l'interprétation que l'auteure se fait de l'ensemble de la démarche tant au niveau des objectifs atteints, du processus utilisé et de la participation des acteurs se retrouve au chapitre 7.

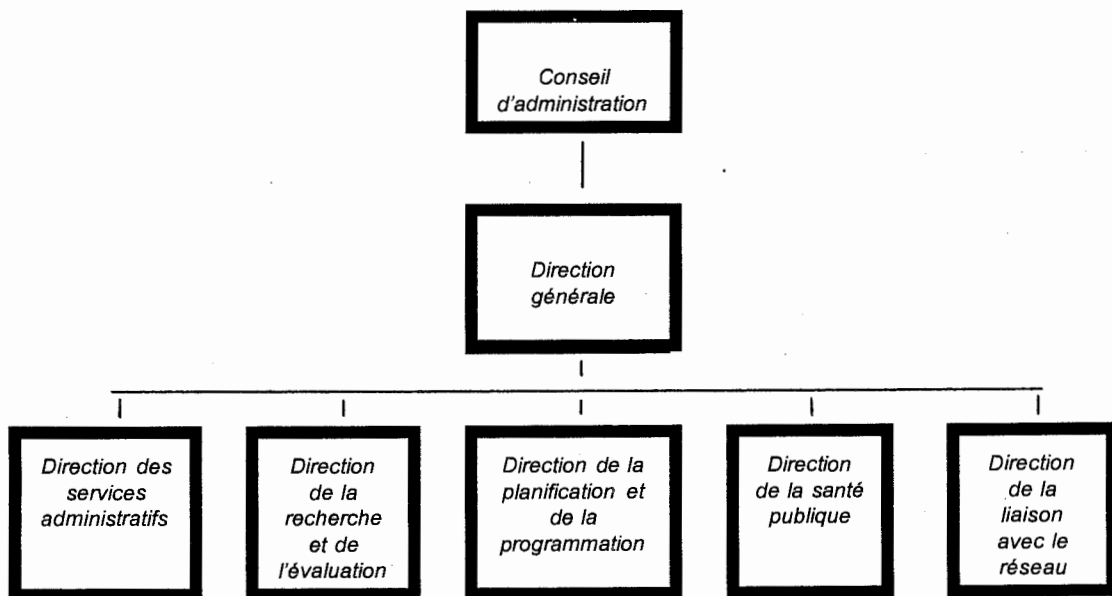
Finalement, en conclusion on retrouve l'évaluation de cette sensibilisation aux priorités de santé et de bien-être ainsi que quelques recommandations en regard du modèle de planification stratégique utilisé dans cette étude de cas.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Depuis les «Orientations» ministérielles de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux en 1989, le Conseil régional de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, instance régionale du ministère de la Santé et des Services sociaux, a amorcé une démarche en vue d'identifier des problèmes prioritaires de santé et de bien-être pour la région. Mentionnons que la structure hiérarchique du Conseil régional, concernant la période 1986-1992, est composé d'un conseil d'administration, d'une direction générale et de cinq autres directions. Voici l'organigramme du Conseil régional :

FIGURE 1 ORGANIGRAMME DU CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1986-1992



Donc, afin de poursuivre l'identification de priorités s'échelonnant entre le mois de juin 1989 et le mois de juin 1993, l'expertise des professionnels, au nombre de trente-six, répartis dans les six directions du Conseil régional est mise à contribution pour documenter et valider le contenu de chacun des vingt-deux problèmes retenus comme prioritaires. Entre cette période, soit en juin 1992, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Marc-Yvan Côté, dépose la «Politique de la santé et du bien-être» et mandate les régies régionales (nouvelle appellation des conseils régionaux) de travailler en concertation avec leurs partenaires des différents milieux afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'ici l'an 2002. Voici les termes de ce mandat¹ :

Traduire les objectifs et les stratégies de la Politique en fonction, d'une part, des caractéristiques sociosanitaires de la population de leur région et, d'autre part, du résultat visé pour l'ensemble du Québec.

Mettre en oeuvre un plan d'action régional pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu. Ce plan doit être approuvé par l'Assemblée régionale et révisé tous les trois ans.

Pour atteindre ce mandat, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue doit, dans un premier temps, sensibiliser

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, **La politique de la santé et du bien-être**, Gouvernement du Québec, Québec, juin 1992, pages 180 et 181.

la population aux problèmes prioritaires² qui caractérisent la région afin d'identifier des actions pouvant réduire leurs effets sur la santé et, dans un deuxième temps, impliquer celle-ci dans la mise en oeuvre du plan d'action régional qui découlera des interventions identifiées préalablement dans chacune des cinq municipalités régionales de comté (MRC).

Cette étude fait ressortir l'implication ainsi que la perception des différents acteurs lors des opérations effectuées entre la détermination des problèmes de santé et de bien-être en 1989 et l'approbation des priorités en matière de santé et de bien-être par l'Assemblée régionale de juin 1993. De plus, le lecteur est en mesure de se familiariser avec les principales phases (voir annexe 1) franchies dans le cadre d'un modèle de planification stratégique dont l'objectif premier est de prioriser des stratégies d'intervention en matière de santé et de bien-être. Diverses rencontres requérant l'implication des partenaires s'inscrivent dans le processus de planification stratégique réparti en quatre étapes³ :



-
2. À la suite d'un exercice de convergence entre la Politique de santé et du bien-être et les problèmes identifiés en région, la Régie régionale a retenu vingt-deux problèmes prioritaires, objet de la tournée de sensibilisation dans les MRC.
 3. Centre hospitalier régional de la Beauce, **La démarche méthodologique du plan de santé**, Département de santé communautaire, Beauce, Québec, 3e trimestre 1988, pages 21 et 22.

La première étape «état de situation» s'effectue à l'interne seulement par le personnel professionnel et deux consultants du Centre hospitalier Universitaire de Laval (CHUL). La deuxième étape, «analyse et stratégie», exige l'intervention de divers acteurs et ce, à partir d'une tournée de sensibilisation dans les MRC. Les participants à cette seconde étape sont issus de la population et, sont des représentants de conseils d'administration, des gestionnaires et des intervenants d'établissements et d'organismes communautaires, des personnes du milieu de l'enseignement et de la recherche ainsi que des collaborateurs de secteurs d'activité connexes. De plus, ces participants proviennent des cinq municipalités régionales de comté (MRC) de l'Abitibi-Témiscamingue : Abitibi, Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda, Témiscamingue et la Vallée-de-l'Or.

La phase de l'implantation, troisième étape que nous énonçons brièvement, s'effectuera dès l'approbation par le MSSS du plan d'action détaillé, produit et conçu à partir des données recueillies lors de la tournée des MRC et élaboré à l'interne par les professionnels de la Direction de la santé publique en collaboration avec les autres directions. Puis, d'ici trois ans, un rapport d'évaluation précisera les résultats atteints en fonction des clientèles rejointes et des activités réalisées et ceci, avec tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et hors réseau tels que le milieu scolaire, milieu de la justice, etc.

1.1 PROBLÈME

Cette étude, dans un premier temps, s'inscrit dans une analyse descriptive permettant d'approfondir les éléments d'un modèle de planification

stratégique fort prisé à la Régie régionale soit **La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies** de Pineault et Daveluy⁴. Et, dans un deuxième temps, ce rapport explique les raisons qui font que certaines phases se sont élaborées davantage à l'interne qu'à l'externe.

Les principales raisons traitées sont tantôt reliées au mandat confié par le ministre Monsieur Marc-Yvan Côté dans la Politique de la santé et du bien-être, à la gestion même du dossier, au momentum des différentes phases de sensibilisation, au choix des acteurs mis à contribution et aux résultats à atteindre. De plus, les décisions sous-jacentes contribuent à l'implication tardive de la population au sein du processus. L'implication du milieu n'étant suscitée qu'à la phase d'identification des interventions, nous pouvons présumer que des moyens devront être mis en place pour susciter l'adhésion de ces partenaires à la mise en oeuvre du plan d'action régional. Par la suite, quelques solutions en termes de recommandations se dégagent de cette étude de cas.

En somme, le but de cette étude est de mettre en perspective, à partir d'un modèle de planification stratégique, le choix des acteurs lors des diverses étapes et leur perception, le peu d'implication des représentants de la population ainsi que l'absence de mécanismes de participation reliés aux prises de décision.

4. Pineault, Raynald et Carole Daveluy, La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies, Agence d'Arc inc. (les éditions), Ottawa, 1986, 481 pages.

CHAPITRE 2

CADRE DE RÉFÉRENCE : PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Cette recherche s'appuie sur le concept de la planification stratégique défini comme étant un processus de gestion⁵ consistant à organiser le déploiement de l'ensemble des ressources disponibles d'un milieu en vue d'identifier des stratégies d'intervention afin d'atteindre un environnement viable pour l'ensemble de la population. Ce chapitre décrit les approches et perspectives de la planification de la santé, l'objet et la définition de la planification et le concept santé. De plus, nous y relevons les déterminants de la santé à partir desquels il est possible de travailler afin d'améliorer la santé et le bien-être d'une population ainsi que les voies d'investigation possibles.

2.1 APPROCHES ET PERSPECTIVES

*Pineault et Daveluy dans **La planification de la santé -concepts, méthodes et stratégies** ont adopté une perspective de «santé communautaire, c'est-à-dire que l'atteinte d'objectifs de santé est considérée comme l'aboutissement final du processus de planification sanitaire»⁶. Cette perspective sert d'assise à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue tout au long de son processus de détermination de priorités d'action en matière de santé et de bien-être.*

5. Pineault, Raynald et Carole Daveluy, La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies, op. cit., page 13.

6. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 13.

La démarche proposée en santé communautaire correspond aux fonctions suivantes⁷ :

- ▶ *Identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorité;*
- ▶ *concevoir et mettre en oeuvre des programmes pour répondre à ces problèmes;*
- ▶ *évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.*

De ces trois fonctions, la première retient davantage notre attention et est analysée dans le cadre du modèle de planification stratégique adapté de Henrik L. Blum. Ce modèle nous permet non seulement

«de déterminer des problèmes prioritaires mais également d'identifier ceux pour lesquels des interventions doivent être mises en place et ceux pour lesquels il faut poursuivre la recherche. La détermination des priorités est de ce fait un processus de prise de décision»⁸.

2.1.1 Objet et définition de la planification

Pour Pineault et Daveluy, «le point de départ de toute démarche de planification en santé, qu'elle porte sur les services ou les programmes de prévention ou de soins, doit être la santé»⁹. De plus, nous ne pouvons planifier sans avoir pris en compte les divers éléments qui constituent à la fois l'environnement sociopolitique et la structure même de l'organisation (hiérarchie, mission, orientations, objectifs, etc.). La planification est donc, selon Schaefer :

7. Pineault et Daveluy, *op. cit.*, p. 27.

8. Pineault et Daveluy, *op. cit.*, p. 293.

9. Pineault et Daveluy, *op. cit.*, p. 17.

«Un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème»¹⁰.

Basé sur le modèle de Henrik L. Blum, le processus de planification (Pineault et Daveluy, 1986)¹¹ part de l'état de situation initial, passe par l'établissement de priorités, l'analyse des priorités, l'élaboration de programmes, leur mise en oeuvre jusqu'à l'évaluation de l'impact des actions entreprises.

D'ailleurs, Blum précise l'effet circulaire car dès que l'évaluation est faite, on doit revenir au point de départ. Voici la répartition des quatre phases¹² proposées par Blum :

10. Schaefer, M., **L'Administration des programmes de salubrité de l'environnement : approche systémique**, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1975, p. 130, cité dans Pineault et Daveluy, p. 35.

11. Pineault et Daveluy, op. cit., page 21.

12. Centre hospitalier Régional de la Beauce, op. cit., pages 21 et 22.

FIGURE 2 PROCESSUS DE PLANIFICATION (ADAPTÉ À PARTIR DE HENRIK. L. BLUM)

<i>Activités</i>	<i>Opérations</i>
<i>État de situation</i>	<i>Mesures et projections</i> <i>Interprétation et synthèse</i> <i>Proposition de problèmes prioritaires (critères)</i>
<i>Analyse et stratégie</i>	<i>Analyse :</i> <i>Compréhension des précurseurs et conséquences du problème et des différents niveaux d'intervention</i> <i>Élaboration du programme :</i> <i>Design, comparaison et sélection des interventions</i>
<i>Implantation</i>	<i>Phase d'intervention</i>
<i>Évaluation</i>	<i>Analyse du processus, des résultats et de l'impact de l'intervention</i>

L'intention de cette étude se situe dès la première activité de la phase I soit l'«**état de situation**» qui relève les principales opérations ayant permis de dresser le portrait de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue. Et, se poursuit jusqu'à la deuxième phase «**analyse et stratégie**» permettant d'élaborer le plan d'action à partir des opérations entourant l'identification d'interventions et, plus précisément, la tournée de sensibilisation dans les MRC. Celle-ci est le pivot de cette recherche étant l'une des phases cruciales pour élaborer le plan d'action. Cette tournée s'effectuant aux mois de mars et avril 1993 sous-tend trois objectifs.

Le premier objectif concerne la sensibilisation des partenaires afin qu'ils puissent s'approprier les vingt-deux problèmes de santé et de bien-être qui caractérisent la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Notons que par sensibilisation, dans le cadre de cette recherche, nous référons à des rencontres effectuées dans les MRC afin d'informer les personnes participantes sur les diverses problématiques les caractérisant.

L'identification, par les participants, d'interventions réalisables dans leur milieu en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être d'ici l'an 2002, relève du deuxième objectif. Par ailleurs, les interventions se définissent comme des moyens d'action possibles pouvant se situer soit au niveau des soins, de la prévention des maladies, de la protection du citoyen ou de la promotion de saines habitudes de vie. De plus, ces interventions sont formulées par les participants en tenant compte des facteurs de risque (causes à l'origine des problèmes) qu'ils perçoivent comme les plus importants, des clientèles cibles jugées les plus vulnérables et des moyens d'action de leur choix. L'enjeu de cet objectif est d'atteindre un certain consensus régional en termes de facteurs de risque et d'interventions à privilégier en matière de santé et bien-être.

Puis, le plan d'action comprenant l'ensemble des interventions doit être approuvé par l'Assemblée régionale et acheminé au MSSS pour approbation en décembre 1993. La mise en oeuvre de ce dernier exige l'implication de tous les partenaires en vue de l'atteinte d'objectifs communs, ceci constitue le troisième objectif.

2.1.2 Concept santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé soit comme une «perception de bien-être», «une capacité de bien fonctionner ou l'état de capacité optimale» ou encore «un concept d'adaptation»¹³. Pour Blum,

«la santé consiste en la capacité de l'individu (1) de maintenir un état d'équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux, dans lequel cet individu est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladie ou incapacité, et (2) de se comporter d'une façon qui assure la survie de son espèce aussi bien que sa propre réalisation personnelle¹⁴.

La santé serait donc, selon Blum, l'équilibre qui assure à l'individu une certaine qualité de vie. Et plus encore, il y travaillera pour atteindre une autonomie «naturelle, instinctive, un pouvoir régénérateur»¹⁵. Précisons que le ministère de la Santé et des Services sociaux désigne la santé et le bien-être comme étant :

la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie¹⁶.

13. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 18.

14. Blum, Henrik L., **Planning for Health**, Generics for the Eighties, Second Edition, Human Science Press, New York, 1981, p. 14.

15. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, **Objectif : santé**, Gouvernement du Québec, 1984, p. 22, cité dans Pineault et Daveluy, **La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies**, op. cit., p. 19.

16. Ministère de la Santé et des Services sociaux, **La Politique de la santé et du bien-être**, Gouvernement du Québec, Québec, Juin 1992, p. 11.

Partant de cette définition, les actions pour améliorer la santé et le bien-être doivent tenir compte à la fois des capacités de la personne et des ressources du milieu. Le planificateur peut recourir à des indicateurs tels que la mortalité, la morbidité, l'espérance de vie, les facteurs de risque et l'incapacité, afin de mesurer la privation de la santé chez sa population. Par ailleurs, on retrouve dans la Politique de la santé et du bien-être cinq champs d'activité à partir desquels la Régie régionale doit travailler en étroite collaboration avec ses partenaires afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population de sa région. Ces champs sont : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale.

La notion de santé revêt donc un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux et culturels et selon d'autres caractéristiques des individus, notamment leur niveau socio-économique et leur proximité de l'appareil de soins¹⁷.

2.1.3 Voies d'investigation

Deux voies possibles s'offrent au planificateur de la santé¹⁸. La première inspirée de la santé publique et de l'épidémiologie s'attarde au problème de santé et de ses facteurs de risque tandis que la seconde, tirée des sciences sociales s'appuie davantage sur les déterminants de la santé. C'est donc à partir de ces deux voies d'investigation que la Régie régionale doit, pour l'élaboration de son plan d'action, d'abord identifier des problèmes prioritaires, puis dégager certains facteurs de risque et conséquences en lien avec ces problèmes. Par facteurs de risques on entend,

17. Pineault et Daveluy, op. cit., pp. 20-21.

18. Pineault, R., **The Place of Prevention in the Quebec Health Care System**, Can. J. of Pub. Health, Vol. 75, 1984, pp. 92-97, cité dans Pineault et Daveluy, op. cit., p. 24.

déficiences (une perte, une malformation ou une anomalie d'organe, d'une structure ou d'une fonction mentale psychologique, physiologique ou anatomique), **incapacités** (la restriction ou le manque d'habileté) et **handicap** (une limite, un empêchement, un désavantage découlant généralement d'une déficience ou d'une incapacité)¹⁹.

Par ailleurs, différents groupes, lors de la tournée de sensibilisation, précisent selon leur perception les facteurs de risque sur lesquels la Régie régionale et son personnel doivent travailler prioritairement. Par la suite, ces facteurs sont ordonnancés en fonction de leur gravité, de leur importance et de la possibilité d'apporter des solutions efficaces. Puis lors de l'analyse, les interventions sont classées selon les quatre groupes de déterminants²⁰ de la santé : les facteurs biologiques ou endogènes, les facteurs reliés à l'environnement, les facteurs reliés aux habitudes de vie et les facteurs reliés au système de soins.

2.2 DÉTERMINATION DES BESOINS

Pour déterminer les besoins d'une population, nous devons d'une part identifier les problèmes de santé et, d'autre part, analyser l'ensemble des services et des ressources en place. Mais quelle différence y a-t-il entre besoin et problème? Selon divers auteurs, ces deux termes sont synonymes pour d'autres, ils sont connexes.

Le problème de santé correspond à un état de santé jugé déficient par l'individu, le médecin ou par la collectivité. Le besoin exprime l'écart ou la différence entre un état optimal, défini de façon normative, et l'état

19. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 176.

20. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 21.

actuel ou réel. Le besoin est en quelque sorte la traduction du problème en termes plus opérationnels. Le besoin est ce qu'il faut faire pour que la situation problématique (l'état de santé actuel) en vienne à correspondre à la situation désirée (l'état de santé cible)²¹.

Donc, les problèmes servent, entre autres, à identifier les balises ou paramètres dans lesquels les gestionnaires et les intervenants ont à travailler afin de déterminer des priorités d'action.

2.1.1 Organisation de l'étude des besoins

L'organisation de l'étude des besoins s'effectue d'abord par l'identification des problèmes car cette étape permet d'identifier les facteurs de risque (précurseurs) et les conséquences. Cette démarche sous-entend une collecte d'informations permettant l'évaluation de l'état de santé actuel de la population. Puis, partant des informations recueillies, une analyse est faite afin de circonscrire les problèmes jugés prioritaires et d'en définir les besoins (écart entre l'état de santé actuel et l'état de santé désiré).

L'étude des besoins a différentes utilités²² telles que révéler l'importance des problèmes de santé et des facteurs qui y sont associés; identifier les individus présentant un problème particulier ou ceux qui sont susceptibles d'en être atteints; évaluer l'efficacité des mesures prises par la communauté pour satisfaire ses besoins. Cette opération exige l'identification d'un groupe responsable, et c'est ce qui est abordé au point suivant.

21. Pineault et Daveluy, op. cit. 76.

22. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 80.

2.2.2 Composition et fonctions du groupe responsable

Selon Pineault et Daveluy,

les membres devraient représenter les différentes fonctions de support à une telle étude comme la planification, la recherche et la gestion ainsi que les intérêts des groupes concernés, qu'il s'agisse des établissements ou de la population²³.

Pour la Régie régionale, les membres participant à l'étude des besoins sont, en premier lieu, les professionnels (36) provenant des diverses directions. Nous y retrouvons des agents de recherche et d'évaluation, des agents de planification et des agents de la liaison avec le réseau. Leur rôle consiste à définir les problèmes, à préciser l'ampleur de ceux-ci à l'aide de statistiques et à énoncer des objectifs à atteindre. Par la suite, le groupe s'élargit en faisant participer des représentants d'établissements, de groupes socio-économiques, des municipalités et des organismes communautaires. Le double objectif de cette participation est de prendre en compte la perception de la population quant à l'état de leur santé et de leur bien-être et de dégager des facteurs de risque ainsi que des pistes d'intervention.

2.2.3 Définition de la population à l'étude

Vient ensuite la définition de la population à l'étude.

La population à l'étude peut être définie en fonction du secteur géographique, du bassin de desserte de l'établissement et de la population à risque ou atteinte²⁴.

23. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 82.

24. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 86.

Donc, les premiers éléments à considérer sont certes l'éloignement et l'isolement de certaines clientèles par exemple, les personnes âgées en milieu rural et les personnes défavorisés économiquement dans certains secteurs de la région. Un autre élément est la proximité des établissements pouvant offrir des services et des soins de santé.

Finalement, identifier les populations les plus à risque telles les décrocheurs au niveau de l'adaptation sociale, les personnes ayant des comportements susceptibles de nuire à leur santé tel le tabagisme au niveau de la santé physique, les utilisateurs de puits domestiques contaminés au niveau de la santé publique, les personnes souffrant de troubles mentaux ou de comportements suicidaires au niveau de la santé mentale et finalement quant à l'intégration sociale, les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel.

2.2.4 Méthodes et approches d'identification des problèmes et des besoins de santé

Concernant l'identification des problèmes et des besoins, trois approches peuvent être utilisées. Celle ayant trait aux indicateurs du système de santé, celle de l'enquête et une troisième décrivant différentes méthodes permettant d'atteindre le consensus. Parmi les indicateurs de santé utilisés par la Régie, nous relevons des indicateurs sociodémographiques, sanitaires, d'utilisation des services de santé et de ressources. Les différentes sources d'information pour ces indicateurs sont les recensements (1981-1986 et 1991), le registre de la population (données sur les naissances, les décès, les mariages), les données de morbidité (enregistrement des malades) et l'Enquête Santé Québec. Quant aux méthodes ou techniques pour l'atteinte

de consensus utilisées par les professionnels à l'interne, nous retenons la méthode de Hanlon, la technique du groupe nominal et le brainstorming.

2.2.5 Analyse des résultats de l'étude des besoins

Le planificateur doit traduire les résultats pour qu'il y ait compréhension commune de la réalité étudiée. Cette analyse peut se faire soit par l'analyse convergente des données ou par l'analyse des problèmes identifiés²⁵. La convergence permet de conserver toute l'information recueillie par intégration des données subjectives et des données objectives.

L'utilisation de ce moyen a permis l'intégration des éléments de la Politique de la santé et du bien-être avec ceux déjà identifiés par la Régie régionale. Le résultat constaté est une meilleure appropriation des problèmes et des besoins identifiés tant au niveau provincial qu'au niveau régional. Une fois l'identification des problèmes effectuée, le groupe de travail détermine, à la suite de la cueillette de données en provenance de la tournée de sensibilisation, les groupes les plus à risque et identifie des solutions possibles d'intervenir sur ces derniers.

Dans le chapitre suivant, nous présentons les principales étapes permettant de donner un ordre de priorité aux solutions qui sont susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

25. Pineault et Daveluy, op. cit. p. 253.

2.3 DÉTERMINATION DES PRIORITÉS

Cette partie est donc l'étape cruciale du processus qui tient compte à la fois des besoins de la population mais également fait ressortir les éléments sur lesquels les efforts doivent porter afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. C'est également à cette étape qu'une orientation doit être donnée à l'ensemble du plan d'action. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, cette orientation provient d'une part de la Politique de la santé et du bien-être et, d'autre part, de l'organisme qu'est la Régie régionale.

2.3.1 Alternatives

Diverses solutions sont énoncées à ce moment, mais elles doivent tenir compte de deux critères (voir annexe 2) afin d'optimiser les résultats. Ces critères sont l'efficacité et la faisabilité de l'intervention.

L'efficacité d'une intervention a donc trait à la capacité de cette intervention à solutionner le problème. Pour être reconnue efficace, une intervention doit être à la fois fiable et valide²⁶;
et

la faisabilité d'une intervention correspond à sa capacité de s'opérationnaliser dans le contexte qui lui est propre²⁷.

Les solutions ou interventions peuvent être élaborées à partir des problèmes, des facteurs de risque préalablement identifiés ou des conséquences. Il faut également tenir compte de la clientèle à risque et de l'orientation si elle est de niveau préventif (prévention primaire, secondaire ou tertiaire) ou curatif (services et soins de santé). Les alternatives d'intervention sont nombreuses,

26. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 278.

27. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 280.

en voici l'énumération : dépistage, diagnostic, soins et traitements, counselling, suivi et support, réhabilitation, intervention et organisation communautaire, action politique, surveillance de l'environnement, concertation, éducation sanitaire et marketing social²⁸.

Pour la Régie régionale, les interventions privilégiées tiennent compte à la fois des facteurs de risque, des clientèles vulnérables et sont axées davantage sur le préventif que le curatif. L'identification des interventions s'effectue en trois temps. Lors de la première séquence, le groupe composé par des professionnels de la Régie s'inspire de la convergence entre la Politique de la santé et du bien-être et l'étude des besoins déjà amorcée à la Régie. Dans un deuxième temps, les membres du conseil d'administration sont invités à identifier des interventions à partir des facteurs de risque qu'ils ont préalablement priorisés et, selon leur perception. Puis, en troisième lieu, l'identification d'interventions se fait lors de rencontres dans les sous-régions par des représentants de divers groupes de la population et ce, dans le même contexte que le deuxième groupe.

2.3.2 Démarche à suivre pour déterminer les priorités

Après avoir complété la revue de littérature permettant de bien étayer chacun des problèmes retenus, les facteurs de risque sous-jacents, les solutions ou interventions susceptibles d'amoindrir leurs effets sur la population, l'ensemble des 36 professionnels de la Régie régionale doivent maintenant juger de l'importance de chacune des interventions et les ordonner. Cet ordonnancement tient compte des politiques existantes, de la mission de

28. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 284.

l'organisme et de ses orientations et, finalement du consensus au sein des partenaires pour s'assurer de leur efficience.

La détermination des priorités ne vise donc pas, en premier lieu, à donner l'importance, mais plutôt la «préséance» d'un problème sur un autre; cette procédure identifie ce qui doit être considéré en première instance²⁹.

Que ce soient des problèmes, des facteurs de risque ou des interventions, les principales étapes permettant la détermination des priorités sont les mêmes³⁰ :

- 1. Définition des critères de décision (importance du problème ou du facteur de risque, capacité de l'intervention à solutionner la problématique et la faisabilité de l'intervention)*
- 2. Présélection (à partir de la méthode de Hanlon, les professionnels de la Régie régionale doivent procéder à une présélection car plus de deux cents problèmes avaient été identifiés à partir d'un sondage parmi les employés tels que secrétaires, commis, techniciens, professionnels et cadres)*
- 3. Estimation et comparaison (dans le but de regrouper, d'éliminer ou de faire ressortir les plus importants)*
- 4. Analyse de l'importance versus la capacité du programme (cette étape permet de distinguer les priorités d'action des priorités de recherche).*

En somme, les principales étapes franchies par la Régie régionale concernant la détermination de priorités d'intervention (voir à l'annexe 1, l'énumération des opérations pour chacune de ces étapes) sont la détermination des problèmes, l'identification des problèmes prioritaires et l'identification

29. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 293.

30. Pineault et Daveluy, op. cit., p. 298.

d'interventions en vue d'élaborer un plan d'action régional en matière de santé et de bien-être.

2.4 INFLUENCE DES ACTEURS DANS LE PROCESSUS DE LA PLANIFICATION

Tout processus nécessitant un choix est influencé par les acteurs concernés tels que les analystes, les stratèges, les acteurs sociaux, les employés et les dirigeants. En effet, chacun de par sa perception, ses connaissances et ses attentes, agit sur le processus.

L'influence des acteurs s'établit à partir de deux contextes interreliés, l'environnement externe et l'environnement interne.

2.4.1 Environnement externe

L'environnement externe peut se définir de bien des façons telles que : tout ce qui se trouve à l'extérieur de l'organisation, éléments délimités par un territoire (provincial, régional ou local) ou perception des membres de l'organisation. Réunissant ces éléments, voici la définition suggérée par nos auteurs :

«Nous définissons l'environnement externe d'une organisation comme un ensemble mouvant d'informations et de ressources rares, internes ou externes, ou perçues comme telles par certains de ses membres»³¹.

31. Wils, Thierry, Jean-Yves Le Louarn et Gilles Guérin, **Planification stratégique des ressources humaines**, Presses de l'Université de Montréal, 3e trimestre 1991, p. 134.

Donc afin de prendre conscience de son environnement externe, toute organisation doit, dans une première démarche, définir sa mission et ses valeurs³². Cette opération fait ressortir les possibilités et les contraintes avec lesquelles tous les membres de l'organisation doivent travailler. Tous les éléments tels que la mission, les orientations et les politiques sous-jacentes, les objectifs et les valeurs, constituent en quelque sorte l'environnement externe de l'organisme et, influencent l'environnement interne.

2.4.2 Environnement interne

Une fois que ces activités sont balisées par les paramètres précités, la direction générale, relève les forces et faiblesses de son entreprise de concert avec les autres instances de son organisation, constituant ainsi la seconde étape de ce processus de planification stratégique. Cette démarche permet d'évaluer ses ressources humaines, matérielles et financières. Cet inventaire, fort exhaustif, a pour objectifs de :

- ▶ Dresser un portrait de la situation réelle de l'organisation tant au niveau de la technologie, des finances que de l'expertise de son personnel;*
- ▶ s'assurer des possibilités mises à sa disposition pour bonifier ou améliorer ses ressources afin de combler les écarts en vue d'atteindre sa mission;*
- ▶ mettre en place des programmes de recrutement ou de perfectionnement du personnel.*

32. Petit, Bélanger, Benadou, Faucher et Bergeron, **Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines**, Gaëtan Morin éditeur, Québec, Canada, 1er trimestre 1993, p. 121.

Concernant cet environnement, l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines (PDRH) et de sa mise en application permettront de suivre l'évolution des besoins de l'organisme en termes de personnel et, d'être proactif face aux éventuelles situations. Il va de soi que cette démarche doit se faire en tenant compte des valeurs véhiculées et de la culture même de l'organisation. L'harmonisation de ces deux environnements, interne et externe, permet à l'organisation de concevoir des programmes ou des plans d'action afin de répondre efficacement aux demandes des clients et fournisseurs et, «aux attentes des employés quant à l'équité, à la satisfaction et à la qualité des rapports sociaux au travail»³³.

Maintenant que tous ces éléments sont précisés et bien circonscrits dans le cadre de référence, sommes-nous assurés des résultats escomptés?

Les acteurs impliqués aux différentes étapes de la démarche sont des agents de changement tout comme les événements entourant cette dynamique. Certains auront un effet énergisant tandis que d'autres auront un effet de ralentissement. Nous aborderons ces éléments de changement dans les prochains chapitres en se posant la question de recherche suivante :

Un modèle de planification stratégique peut-il être entièrement appliqué?

33. Petit, Bélanger, Benadou, Faucher et Bergeron, **Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines**, op. cit., p. 138.

CHAPITRE 3

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Cette recherche s'inscrit dans une analyse descriptive relevant de l'étude de cas. Descriptive car son approche générale de recherche nous permet : de présenter l'état de la situation, de décrire, de présenter et d'ajuster les éléments de la démarche³⁴. De plus selon Gauthier, cette structure doit respecter deux exigences :

1) d'abord, elle doit être systématique, c'est-à-dire qu'elle doit retenir tous les faits significatifs et non seulement ceux qui correspondent aux attentes du chercheur; cette caractéristique fait la différence entre l'oeuvre sérieuse ou objective et le pamphlet démagogique, et 2) l'étude descriptive doit être profondément théorique, ce qui veut dire qu'elle doit s'appuyer sur une théorie, des hypothèses et des concepts qui servent de principe directeur à la collecte des observations et de guide pour leur interprétation³⁵.

L'étude de cas présente des avantages tels que de permettre de retirer tout le matériel nécessaire pour bien situer la démarche et, un élément non négligeable, «elle est de plus en plus acceptée comme méthode valable à mesure que la recherche qualitative est reconnue comme légitime»³⁶.

34. Gauthier, Benoît et al. **Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données**, Édi. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, Québec, 1992, P. 146.

35. Gauthier, Benoît et al. *op. cit.*, p. 170.

36. Lamoureux, Andrée et al. **Une démarche scientifique en sciences humaines -Méthodologie**, Édi. Études Vivantes, Montréal, 1992, pp. 171-172.

3.1 BUT ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans cette étude, les différentes phases du processus sont relevées et plus particulièrement, celles où il y a implication des partenaires. Ces éléments gravitent autour du concept de la planification stratégique dont la finalité pour cette recherche est d'identifier des priorités d'intervention pour l'élaboration d'un plan d'action en matière de santé et de bien-être (voir annexe 1). Également à travers ces phases, nous essayons de traduire le vécu des gens impliqués au fil de la démarche en s'inspirant de comptes rendus des réunions d'équipe, de rapports d'ateliers, des cahiers synthèses de chacune des MRC et des grilles d'évaluation.

C'est au cours des deux premières étapes du processus de planification que la Régie régionale identifie d'une part les problèmes de santé et de bien-être caractérisant la population de l'Abitibi-Témiscamingue et, d'autre part, des priorités d'intervention en matière de santé et de bien-être en vue de l'élaboration d'un plan d'action. Les principaux objectifs des diverses rencontres permettant l'atteinte des résultats précités sont les suivants :

- Inventorier, classer et ordonnancer les problèmes jugés les plus importants en région par des professionnels de l'organisation (1989);*
- documenter et valider l'ensemble des problèmes retenus auprès des professionnels de la Régie régionale (1991);*
- sensibiliser les participants (professionnels et gestionnaires d'établissements, conseils d'administration, organismes communautaires, groupes socio-économiques, municipalités et autres groupes intéressés par le domaine de la santé tels que les commissions scolaires, syndicats, etc) aux problèmes de santé et de bien-être caractérisant l'Abitibi-Témiscamingue (1992);*

- *identifier des interventions en matière de santé et de bien-être à partir des facteurs de risque (causes) dans chacun des champs d'activité (adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale et intégration sociale) (1993).*

En somme, l'objectif général de cette étude est de mettre en parallèle le modèle de planification stratégique adaptée de Blum et celui de la Régie régionale concernant :

Les étapes franchies, selon une démarche de planification, en vue de déterminer des priorités en matière de santé et de bien-être

Et plus spécifiquement, cette étude de cas explique la participation ou la non participation des partenaires à certaines étapes de la démarche ainsi que leur perception en regard du processus utilisé. En termes de conclusion, certaines solutions se dégagent afin de conscientiser et de mobiliser davantage les partenaires dans l'atteinte des objectifs d'ici l'an 2002.

3.2 LIMITES DE LA RECHERCHE

*À partir du processus de planification de Blum, deux étapes seulement sont décrites et analysées soit «**état de situation**» et «**analyse et stratégie**». La première comprend toute la démarche de la détermination des problèmes prioritaires. Quant à la seconde, elle concerne l'évaluation des résultats de la tournée de sensibilisation et les étapes de l'analyse des interventions en vue de l'élaboration du plan d'action.*

Le changement au niveau de la réforme de la santé et des services sociaux et le contexte organisationnel sont des contraintes non négligeables qui influencent à bien des égards les orientations même de la démarche concernant les objectifs de santé et de bien-être.

Les rencontres de sensibilisation tenues auprès des représentants de la population sont également des limites en soi, particulièrement, en ce qui a trait à la tournée dans les cinq MRC. Ceci a exigé, pour l'équipe, la conception d'outils tels que grille d'évaluation, modèle de prise de notes, grille d'interventions et fiche synthèse des ateliers servant à recueillir les données pertinentes à la présente étude. Ce matériel déjà conçu et quoique abondant est une limite en soi non négligeable. De plus, la coordination et l'organisation même de ces rencontres sont des éléments contraignants en temps, en personnes ressources et en énergie. Mentionnons, par exemple, qu'en se tenant le samedi dans des villes différentes, ces journées de rencontre ont exigé un plus grand nombre de personnes pour animer les ateliers.

En somme, cette recherche porte sur les diverses rencontres de sensibilisation tant à l'interne qu'à l'externe, sur les facteurs d'influence ainsi que les résultats régionaux découlant des interventions identifiées par les personnes participantes.

3.3 RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

Les acteurs concernés tout au long du processus de planification stratégique diffèrent quelque peu d'une étape à l'autre ainsi que les instruments servant

à la cueillette des données. Les premiers éléments dont nous disposons sont les comptes rendus des rencontres du «Comité objectifs de santé et de bien-être». Ces comptes rendus (une vingtaine environ) nous permettent de coordonner les opérations dans le temps et, surtout concernant la première phase «identification des objectifs de santé et de bien-être» s'échelonnant du début des travaux en 1989 au mandat de la direction reçu en juin 1992. En outre, ceux-ci nous aident à vraiment comprendre les orientations et les décisions qui ont retardé l'implication des partenaires dans le processus.

Puis, pour supporter la convergence des données régionales avec celles de la Politique de la santé et du bien-être, deux documents soit « **La convergence entre la Politique de la santé et du bien-être et les problématiques identifiées en Abitibi-Témiscamingue et les objectifs proposés par le CRSSSAT** » et « **La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002** » circonscrivent les prises de décision permettant une consultation des partenaires, deuxième étape importante du processus de sensibilisation en vue d'impliquer les partenaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

De plus, les rapports de chacune des cinq MRC traduisant l'ensemble des opinions des participants concernant les problèmes, les facteurs de risque et les pistes d'intervention permettent de poursuivre la démarche en relevant les éléments communs et divergents en vue d'élaborer le plan d'action régional. Notons que ce travail est effectué en utilisant un logiciel d'analyse de contenu «SATO» qui permet de ressortir dans un premier temps une catégorisation de facteurs de risque (voir annexe 3) et, dans un deuxième temps, le regroupement d'interventions en lien avec ces facteurs de risque (voir en

annexe 4, la grille d'analyse pour formuler des recommandations sur les priorités).

Finalement, le plan d'action global et le plan d'action détaillé, dans lesquels nous retrouvons tous les éléments tels que les stratégies, les pistes d'intervention, les clientèles cibles et les partenaires concernés, complètent la documentation.

CHAPITRE 1V

PLANIFICATION EN REGARD DES PRIORITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

*Après avoir passé en revue les étapes de la planification stratégique selon le modèle adapté de Blum³⁷ et préconisé par le Conseil régional en 1989, nous relatons, dans le présent chapitre, les principales opérations constituant la démarche de planification et se succédant entre la rédaction du **Bilan de santé de l'Abitibi-Témiscamingue** (phase 1 - état de situation) en 1986 et le dépôt, en 1993 au ministère de la Santé et des Services sociaux, du **Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue** (phase 2 - analyse et stratégie). Le lecteur peut constater que, tout au long de la démarche de planification concernant les objectifs de santé et de bien-être à prioriser pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, des événements ont tantôt facilités le cheminement tandis que d'autres ont modifié le cours du processus.*

4.1 CHRONOLOGIE DES ACTIVITÉS DANS LE CADRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Précisons que les activités énumérées ci-dessous ont des durées différentes. Pour certaines, les périodes sont relativement longues telle la rédaction du portrait sociosanitaire (un peu plus de deux ans); pour d'autres, étant

37. Les phases du processus de planification adapté de Henrik L. Blum sont décrites à la section 2.1.1 du Chapitre 2.

influencées par le contexte sociopolitique (directives ministérielles, changements d'orientation), se sont réalisées parfois en quelques semaines.

ÉTAT DE SITUATION DE LA POPULATION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

► 1986-1989 1ère étape : Bilan de santé

Dès 1986, l'équipe de la Direction de la recherche et de l'évaluation reçoit le mandat de rédiger un portrait sociosanitaire fournissant des données sur l'état de santé de la population. Les quatre agents de recherche, composant cette direction, dressent ce portrait représentant six profils soit : le sociodémographique (la population), le socio-économique (l'économie), l'environnement physique (la pollution), le système sociosanitaire (les services et les soins) ainsi que ceux sur la morbidité (les causes de morbidité) et la mortalité (les causes de décès).

*L'équipe de chercheurs étant occupé par cette volumineuse rédaction ne peuvent plus répondre aux demandes provenant des autres directions créant ainsi, au niveau de l'organisation, certaines frustrations telles la non disponibilité à répondre à des recherches ponctuelles en termes de questionnaires à construire ou de données statistiques à fournir. Après plus de deux ans, les professionnels de cette direction constatent que leurs données deviennent périmées. Basées sur les recensements de 1981 et 1984, ces statistiques furent donc l'objet de mise à jour lors de la rédaction du rapport synthèse intitulé **Le Bilan de santé de l'Abitibi-Témiscamingue** regroupant les éléments essentiels de ces profils. Ce dernier fut diffusé en octobre 1990.*

À partir du **Bilan de santé** s'est amorcée, avec une équipe composée de huit membres de l'organisation (soit 3 directeurs, 5 professionnels et une secrétaire), la démarche de planification en vue de déterminer des objectifs de santé à atteindre d'ici l'an 2002.

► **1989 2e étape : Détermination des problèmes de santé**

Dès le mois de mars, précédant la diffusion du **Bilan de santé**, le conseil d'administration recommande la formation d'un comité interdirection ayant pour mandat de prioriser des problèmes et d'identifier des objectifs de santé. Le Comité objectifs de santé et de bien-être du CRSSSAT, sous la responsabilité de la Direction de la recherche et de l'évaluation, est constitué de dix personnes (huit de l'interne - élément cité au paragraphe précédent - et de deux consultants du Département de santé communautaire du CHUL). Les travaux débutent en avril 1989.

D'avril à septembre 1989, les travaux du comité et un sondage auprès du personnel se regroupant dans 4 catégories d'emploi (34 employés de bureau et commis, 12 techniciens, 36 professionnels et 12 cadres intermédiaires et supérieurs), permettent de relever plus de 244 problèmes de santé qui touchent plus ou moins la population de notre région. Puis, ces problèmes sont soumis à une grille d'analyse, celle de la méthode de Hanlon, dont les quatre composantes sont : l'ampleur du problème (en termes de fréquence, du nombre de personnes affectées), la sévérité ou gravité (en termes d'impact actuel et d'impact éventuel sur la population), l'efficacité de la solution (solubilité du problème) et la faisabilité de l'intervention (pertinence, concordance et opportunité stratégique). Il est important de mentionner que cet ordre de priorité est quelque peu influencé par l'expertise que chacun des

professionnels possèdent en regard de leurs dossiers. Malgré ce biais, cette analyse permet, comme nous pouvons le constater au Tableau 1, de conserver 26 problèmes, ceux dont la faisabilité de l'intervention atteint un cumul minimal de 800 points. Dès lors, ceux-ci sont répartis entre les professionnels afin d'être documentés soit à partir de recherches déjà existantes ou des recensements de 1984 et 1986. Une fois que chaque problème est bien circonscrit, les professionnels dégagent certaines pistes d'intervention.

Dans cette même période, il y a diffusion des «Orientations»³⁸ par la Ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux qui précisent huit orientations dans lesquelles le Conseil régional doit s'inscrire pour améliorer la santé et le bien-être de la population soit³⁹ :

- D'assigner au système de services des objectifs orientés vers la réduction de problèmes de santé et de problèmes sociaux spécifiques;
- pouvoir compter sur des ressources humaines suffisantes, mieux distribuées, plus motivées et mieux gérées;
- contribuer à une meilleure répartition entre le réseau public, les organismes communautaires et le secteur privé; les établissements du réseau public; les instances régionales et le Ministère;
- favoriser la souplesse et l'adaptation constante des services;

38. Ministère de la Santé et des Services sociaux, **Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - Orientations**, Gouvernement du Québec, avril 1989.

39. Ministère de la Santé et des Services sociaux, **Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - Orientations**, op. cit., p. 13.

TABLEAU 1

COMPILATION À PARTIR DE LA MÉTHODE DE HANLON DES PROBLÈMES RETENUS COMME IMPORTANTS, 1989

PROBLÈME	TOTAL 1 Ampleur/gravité	TOTAL 2 Pertinence	TOTAL 3 (1+2)	TOTAL 4 Solubilité (1+2)x4.5
<i>Tabagisme</i>	176	63	239	1076
<i>Pollution des sols</i>	189	65	254	1143
<i>Surmorbidity générale (15-24 ans)</i>	179	55	234	1053
<i>Pénurie des ressources spécialisés</i>	177	62	239	1076
<i>Abus sexuel envers les enfants</i>	197	55	252	1134
<i>Dépendance élevée à l'alcool</i>	191	53	244	1098
<i>Intoxication au plomb</i>	150	60	210	945
<i>Bébés de petits poids</i>	158	68	226	1017
<i>Pollution de l'air</i>	222	74	296	1332
<i>Accidents et maladies reliées au travail</i>	173	59	232	1044
<i>Éducation sexuelle</i>	135	46	181	815
<i>Manque de ressources en prévention santé mentale</i>	179	57	236	1062
<i>Maladies pulmonaires - hommes en A-T.</i>	188	60	248	1116
<i>Chlamydia (15 à 24 ans)</i>	183	58	241	1085
<i>Pollution de l'eau</i>	214	71	285	1283
<i>Maladies pulmonaires Rouyn-Noranda</i>	203	71	274	1233
<i>Taux de suicide élevé</i>	239	63	302	1359
<i>Absence de centres de crise en santé mentale</i>	172	54	226	1017
<i>Surconsommation d'alcool et de drogues</i>	243	74	317	1427
<i>Maladies transmissibles sexuellement (MTS)</i>	216	77	293	1339
<i>Jeunes et toxicomanie</i>	218	68	286	1287
<i>Traumatismes véhicules moteurs</i>	213	68	281	1265
<i>Conduite dangereuse</i>	194	63	257	1157
<i>Traumatismes routiers</i>	209	65	274	1233
<i>Mortalité routière</i>	218	74	292	1314

- ▶ *viser le maintien du niveau actuel d'accroissement des dépenses publiques;*
- ▶ *explorer d'autres sources de financement afin de contribuer à améliorer l'efficacité du système et la distribution équitable des ressources;*
- ▶ *orienter la recherche selon les priorités de santé et de bien-être;*
- ▶ *axer la gestion sur les besoins des clientèles et les services par le développement des systèmes d'information.*

De plus, ces orientations viennent imposer en quelque sorte certaines balises tels les éléments que nous devons retrouver pour chaque problème (définition, objectif, point de référence, causes, conséquences, recherche ou développement). Par ailleurs, le Comité objectifs de santé et de bien-être constate qu'aucun problème social n'a été priorisé par l'organisme. Donc pour remédier à cette situation, une étude doit se faire dans les plus brefs délais.

▶ 1990-1991 3e étape : Détermination des problèmes sociaux

*N'ayant mis l'accent que sur les problèmes de santé, un agent de recherche de l'équipe de la Direction de la recherche et de l'évaluation doit, à partir de l'Enquête Santé Québec, faire ressortir les problèmes sociaux les plus cruciaux en Abitibi-Témiscamingue. En 1991, il y a diffusion du **Profil des problèmes sociaux en Abitibi-Témiscamingue** qui complète ainsi le portrait sociosanitaire de la population. Cette étape permet un réajustement et fait consensus en regard de l'état de santé et de bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.*

► 1991 **4e étape : Proposition de problèmes prioritaires**

Regroupant les problèmes de santé (énumérés au Tableau 1) et les problèmes sociaux, tirés du nouveau profil, le Comité retient dix-huit problématiques. Celles-ci sont enrichies d'éléments suivants : la formulation de l'objectif, l'ampleur du problème, les conséquences, les facteurs de risque et les pistes d'intervention. Ces éléments sont compilés et regroupés dans un document intitulé «**Les objectifs de santé et de bien-être pour l'Abitibi-Témiscamingue**». Nous listons au Tableau 2 ces problématiques non par ordre de priorité mais en fonction des trois thèmes issus du document d'Orientations du MSSS :

Ajouter des années à la vie - Ajouter de la santé à la vie -

Ajouter du bien-être à la vie.

Ayant circonscrit et documenté les problèmes retenus comme les plus importants, le Comité objectifs de santé et de bien-être propose une démarche de sensibilisation afin d'informer le grand public de l'état de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce processus consisterait à rassembler le plus grand nombre possible de personnes (gestionnaires, intervenants, usagers) de chacune des MRC où ceux-ci, lors de travail en ateliers, seraient informés dans un premier temps sur l'ensemble des problèmes identifiés par les professionnels à l'interne et, dans un deuxième temps, pourraient donner un ordre de priorité à ces problèmes en se basant sur leur perception, leurs connaissances et leur vécu. La finalité poursuivie serait la détermination, dès l'automne, des priorités de santé et de bien-être.

TABLEAU 2**PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET OBJECTIFS PROPOSÉS PAR LE CRSSSAT, JUIN 1992**

PROBLÈMES	OBJECTIFS
AJOUTER DES ANNÉES À LA VIE EN RÉDUISANT LA MORTALITÉ DUE AUX MALADIES ET AUX TRAUMATISMES	
MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	Que d'ici l'an 2000, le nombre de décès dû aux maladies cardio-vasculaires soit réduit de 15%.
TRAUMATISMES ROUTIERS	Que d'ici l'an 2000, le nombre de victimes d'un traumatisme grave ou mortel causé par un accident de la route ait diminué de 50%.
TRAUMATISMES ASSOCIÉS AUX VÉHICULES TOUT-TERRAIN	Que d'ici l'an 2000, le nombre de victimes de véhicules tout-terrain à trois ou quatre roues subissant des blessures graves ou mortelles ait diminué.
MALADIES RESPIRATOIRES	Que d'ici l'an 2000, le nombre de décès pour cause de maladies respiratoires soit ramené à la moyenne provinciale.
BÉBÉS DE PETIT POIDS	Que d'ici l'an 2000, le taux de nouveau-nés de petit poids (moins de 2500 g) ait diminué à 40 pour 1000 naissances.
AJOUTER DE LA SANTÉ À LA VIE EN RÉDUISANT LES INCAPACITÉS ET EN AGISSANT SUR LES DIVERS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	
SURDITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL	Que d'ici l'an 2000, les travailleurs exposés à 90 décibels (dBA) et plus, dans les secteurs minier et forestier, voient leur exposition moyenne diminuer de 6 décibels (dBA).
INFECTION À CHLAMYDIA	Que d'ici l'an 2000, le taux d'infection à Chlamydia ait diminué de 5% chez les jeunes de 15-24 ans.
ALCOOLISME / TOXICOMANIE	Que d'ici l'an 2000, le nombre de gros buveurs ait diminué de 15%.

CONTAMINATION DES PUITES DOMESTIQUES	Que d'ici l'an 2000, les utilisateurs de puits domestiques contaminés disposent d'une eau conforme aux normes généralement admises.
MAUX DE DOS DES TRAVAILLEURS	Que d'ici l'an 2000, l'incidence (nouveaux cas par année) des maux de dos soit réduite de 15% chez les travailleurs forestiers et miniers.
AJOUTER DU BIEN-ÊTRE À LA VIE EN FAVORISANT L'UTILISATION OPTIMALE DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE, QU'ELLE SOIT TOTALE OU PARTIELLE, ET EN DIMINUANT L'IMPACT DES PROBLÈMES QUI COMPROMETTENT L'ÉQUILIBRE, L'ÉPANOUISSEMENT ET L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE	
MANQUE D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE	Que d'ici l'an 2000, les personnes de tous âges dont les activités sont restreintes par une incapacité physique ou intellectuelle à long terme voient leur autonomie maintenue ou améliorée.
TROUBLES MENTAUX	Que d'ici l'an 2000, le nombre d'hospitalisations pour cause de troubles mentaux soit réduit de 40% en favorisant le maintien des personnes dans la communauté.
COMPOTEMENTS SUICIDAIRES	Que d'ici l'an 2000, le nombre de décès par suicide ait diminué de 10%.
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	Que d'ici l'an 2000, le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui présentent un indice élevé de détresse psychologique ait diminué de 10%.
GROSSESSE À L'ADOLESCENCE	Que d'ici l'an 2000, le nombre de grossesses ait diminué chez les adolescentes.
VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS ET CARENCES DU LIEN PARENTAL	Qu'aient diminué, d'ici l'an 2000, les risques engendrant la violence envers les enfants et les carences du lien parental tels les perturbations du milieu familial.
VIOLENCE CONJUGALE	Que d'ici l'an 2000, les risques engendrant la violence conjugale soient réduits.
TROUBLES GRAVES DE COMPOTEMENT CHEZ LES ADOLES- CENTS	Qu'aient diminué, d'ici l'an 2000, les risques engendrant des troubles graves de comportement chez les adolescents tels qu'un encadrement parental inadéquat.

Les gestionnaires, avec l'entrée en application de la réforme (décembre 1991), décident de surseoir à toute activité extérieure d'information ou toute démarche de consultation avec la population. Faisant suite à cette décision, les membres du Comité objectifs de santé et de bien-être se réunissent et discutent des prochaines orientations à prendre dans la poursuite de ce dossier. Même s'il y a déception de la part des membres, ceux-ci manifestent leur désir, qu'au moins à l'interne, il y ait sensibilisation afin de dégager certaines pistes d'intervention pour améliorer la santé de la population. Cette suggestion sera ramenée au niveau des gestionnaires dès le début de la nouvelle année.

ANALYSE ET STRATÉGIE

► 1992 1ère étape : compréhension des précurseurs et conséquences des problèmes et niveaux d'intervention

Après maintes discussions et faisant suite aux changements amorcés par la réforme, le Comité objectifs de santé et de bien-être prépare une rencontre de sensibilisation qui ne se tiendra qu'à l'interne soit avec l'ensemble du personnel soit 94 employés et les 22 membres du conseil d'administration de la Régie régionale. L'objectif est à deux volets, d'abord d'informer les participants sur les dix-huit problématiques de santé et de bien-être et, par la suite de dégager avec eux les facteurs de risque (précurseurs) afin de travailler en amont des problèmes, c'est-à-dire de prendre le virage de la promotion et de la prévention. S'en suit une reprise accélérée des activités des membres du Comité objectifs de santé et de bien-être.

Tenant compte de l'échéancier, celui-ci se rencontre régulièrement (aux deux semaines) afin d'organiser les activités nécessaires au déroulement de cette journée de sensibilisation qui se tiendra le 7 avril 1992. Les personnes participantes sont, à partir de sketches, conscientisées aux problématiques (déjà énumérées au Tableau 2). En après-midi, sous forme d'ateliers, elles sont amenées à trouver des moyens pour prévenir ou amoindrir l'impact de ces problèmes sur notre santé et notre bien-être. Les résultats de cette journée font l'objet d'un rapport synthèse.

Puis, des événements viennent modifier le cours des travaux du Comité et obligent à prendre un certain recul quant à l'approche à poursuivre. Un premier, événement majeur sans doute, est le déroulement des élections de soixante-quinze représentants de la population afin de composer l'Assemblée régionale de la Régie, nouvelle entité décrétée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120) et devenant l'instance première pour l'adoption de priorités de santé et de bien-être. Dès sa première rencontre qui se tiendra le 20 juin 1992, l'Assemblée régionale doit élire vingt et un membres provenant de quatre collèges électoraux tels les établissements, les municipalités, les organismes communautaires et les groupes socio-économiques; s'ajouteront à ceux-ci, le président et le directeur général du Conseil régional. Constitué, ce nouveau conseil d'administration ne sera en fonction qu'au 1er octobre 1992, date d'entrée en vigueur de la nouvelle Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

D'autres changements s'ajoutent tels le départ de la responsable du dossier à la fin mai, la prise en charge du dossier par la Direction de la planification

et de la programmation et finalement l'arrivée de deux nouveaux membres soit le directeur de la santé publique nouvellement désigné et l'agente de planification et programmation comme responsable du dossier. À cela, s'ajoute la diffusion de la Politique de la santé et du bien-être en juin 1992 qui vient préciser de nouvelles orientations et stratégies d'opération afin de se donner une ligne de conduite commune pour améliorer d'ici l'an 2002 l'état de santé et de bien-être de la population.

Face aux nouvelles directives contenues dans la Politique, la direction générale suggère d'établir, dans un premier temps, la concordance entre les problèmes identifiés régionalement et ceux relevés dans la Politique. Puis, dans un deuxième temps, demande que l'on organise une démarche pour sensibiliser le public afin d'harmoniser tous les efforts de la collectivité pour atteindre cette mission.

Satisfaction de la part des professionnels, cette sensibilisation tant attendue va se concrétiser. Ce mandat que la direction de la planification et de la programmation se voit attribuer, consiste donc à la préparation, la mise en opération et l'animation d'une tournée de sensibilisation dans les cinq municipalités régionales de comté (MRC).

Les opérations et les activités découlant de cette commande sont les suivantes :

- **Première opération :** *Établir la convergence entre la Politique de la santé et du bien-être et les problématiques régionales. Les activités se déroulant dans les mois de juillet et août sont :*

- . *diffuser la politique et les problématiques régionales aux membres de l'Assemblée régionale;*
- . *rédiger un rapport concernant la convergence dont 22 problématiques ressortent (voir Tableau 3) et se regroupent dans cinq champs d'activité (adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale et intégration sociale);*
- . *rédiger un plan d'action en vue de l'actualisation de la Politique de la santé et du bien-être et tenir des rencontres préparatoires à l'animation des ateliers.*

Période à laquelle s'associe le Comité de gestion regroupant les six directeurs de la Régie régionale (voir organigramme, chap.1, p. 3). La direction de la planification et de la programmation ainsi que son équipe de professionnels concernés par ce dossier (3) doivent constamment se réajuster en fonction des directives provenant du Comité de gestion ou encore du conseil d'administration de la Régie régionale.

► **Deuxième opération** : *Identifier avec les membres du conseil d'administration des facteurs de risque en regard des vingt-deux problématiques ainsi que des pistes d'intervention susceptibles d'améliorer notre état de santé et de bien-être. Cette étape est composée de rencontres telles :*

- . *rencontres préparatoires avec les professionnels (21) les plus concernés par les problématiques de santé et de bien-être et provenant des six directions (représentativité de l'organisation) pour la mise en situation (début septembre) et l'identification de pistes d'intervention (15 septembre);*
- . *rencontre avec le Comité de gestion pour déposer les résultats obtenus (période d'adhésion et d'implication de la part de tous);*

TABLEAU 3

PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE SELON CINQ CHAMPS D'ACTIVITÉ

CHAMP D'ACTIVITÉ	PROBLÉMATIQUES
ADAPTATION SOCIALE	- Violence envers les enfants et carences du lien parental - Troubles graves de comportement des enfants et des adolescents - Délinquance - Grossesse à l'adolescence - Violence faite aux femmes - Problèmes des sans-abri - Alcoolisme et autres toxicomanies
SANTÉ PHYSIQUE	- Naissances prématurées ou de poids insuffisant et anomalies congénitales ou génétiques - Maladies cardio-vasculaires - Cancer - Traumatismes - Maux de dos, arthrite et rhumatismes - Surdité en milieu de travail - Maladies du système respiratoire
SANTÉ PUBLIQUE	- Maladies transmissibles sexuellement et sida - Maladies infectieuses - Problèmes de santé dentaire - Contamination des puits domestiques
SANTÉ MENTALE	- Détresse psychologique et troubles mentaux - Comportements suicidaires
INTÉGRATION SOCIALE	- Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées - Situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités

- . première rencontre avec le conseil d'administration nouvellement constitué afin de sensibiliser les membres à la Politique et aux problématiques (1er octobre); ces nouveaux membres démontrent énormément d'intérêt et souhaitent participer au processus;
- . deuxième rencontre avec le conseil d'administration afin de définir avec les membres des interventions (7 novembre).

Cette opération se termine par la rédaction de la synthèse des rencontres arrimant les interventions entre celles identifiées par les professionnels le 15 septembre et celles du conseil d'administration le 7 novembre.

► **Troisième opération** : Sensibiliser et mobiliser les partenaires des cinq MRC.

- . traduire les problématiques selon les caractéristiques régionales et locales;
- . identifier, avec les personnes participantes aux rencontres, des pistes d'intervention réalisables afin d'élaborer un plan d'action régional en matière de santé et de bien-être dont l'échéance est décembre 1993.

► **1993** **2e étape : sensibilisation des partenaires et mise en commun des pistes d'intervention pour l'élaboration du plan d'action régional**

Nous sommes donc au point culminant de cette recherche soit, la tournée de sensibilisation dans le cadre de l'actualisation de la Politique de la santé et du bien-être. Cette période regroupe les points stratégiques de cette recherche :

- *Préparation des opérations concernant la sensibilisation des partenaires dans les municipalités régionales de comté (MRC).*
- *Tenue des rencontres concernant la tournée dans les municipalités régionales de comté (MRC).*
- *Analyse de faisabilité des interventions (mars à avril).*
- *Rédaction des rapports des municipalités régionales de comté (MRC) et du rapport synthèse dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être (sensibilisation des problématiques de santé et de bien-être et de l'identification d'interventions) (avril à juin).*
- *Présentation des résultats à l'Assemblée régionale pour approbation des 22 problématiques prioritaires de santé et de bien-être (19 juin).*

4.2 TOURNÉE DE SENSIBILISATION DES LES CINQ MRC

*La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue tient des rencontres de sensibilisation dans les municipalités régionales de comté (MRC) afin d'impliquer ses partenaires dans le processus d'identification d'interventions en vue d'un plan d'action régional qui doit être acheminé au ministère de la Santé et des Services sociaux en **décembre 1993**.*

Cette section concerne la démarche proprement dite de cette tournée. On y retrouve donc les objectifs, la participation et le processus utilisé lors des différentes rencontres ainsi que les paramètres sur lesquels repose cette tournée.

4.2.1 Responsabilités des diverses instances en regard de cette tournée de sensibilisation

Cette démarche en regard des priorités en matière de santé et de bien-être relève de trois instances dont les responsabilités sont décrites dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Concernant les responsabilités de la Régie régionale (article 340, alinéa 2)

- *Élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le Ministre et de les soumettre à l'approbation de l'Assemblée régionale;*

Concernant les responsabilités du conseil d'administration de la Régie régionale (article 405, alinéa 1)

- *Identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et élaborer des orientations à cet égard;*

Concernant les responsabilités de l'Assemblée régionale de la Régie régionale (article 419, alinéa 3)

- *Approuver les priorités régionales en matière de services de santé et de services sociaux que lui soumet la Régie régionale.*

4.2.2 Les objectifs et la participation aux rencontres

Cette tournée de sensibilisation s'effectue sous le thème : « Impliquons-nous afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue » et comporte les objectifs suivants :

Objectif général : *S'assurer que les priorités soient partagées par l'ensemble de la région et qu'elles servent de base pour des actions concertées dans une perspective multisectorielle.*

Objectifs spécifiques :

- ▶ *Que les acteurs invités à participer à la rencontre sur leur territoire de MRC soient sensibilisés aux problématiques de santé et de bien-être regroupées selon les cinq champs d'activité :*

**Adaptation sociale - Santé physique - Santé publique -
Santé mentale - Intégration sociale**

- ▶ *Que les participants puissent s'approprier les problématiques en faisant ressortir leurs particularités.*
- ▶ *Que les participants puissent identifier des interventions en matière de santé et de bien-être en fonction des champs d'activité proposés dans la Politique et en tenant compte de leurs spécificités.*

Les acteurs invités lors de ces rencontres sont des représentants de divers secteurs que nous décrivons au Tableau 4. Ces données correspondent aux invitations effectuées dans l'ensemble des MRC afin de susciter la participation dans tous les secteurs d'activité. Plus de 340 invitations ont été adressées aux divers secteurs précités, de ce nombre la Régie régionale prévoyait, pour chacune des rencontres, une moyenne de 75 participants. C'était sans doute de surestimer l'intérêt de la population car, par retour du courrier, 235 personnes seulement se sont inscrites et ont reçu le document de sensibilisation «La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002».

TABLEAU 4

NOMBRE D'INVITATIONS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

SECTEURS D'ACTIVITÉ	NOMBRE D'INVITATIONS
<i>Assemblée régionale de la Régie régionale (comprenant les membres du conseil d'administration)</i>	75
<i>Établissements de la santé et des services sociaux (administrateurs et gestionnaires, intervenants du réseau de la santé et coordonnateurs de CLSC-CS)</i>	81 (3 représentants pour chacun des 27 établissements)
<i>Municipalités (préfets de MRC et municipalités environnantes)</i>	115 (5 préfets de MRC et 110 villes et villages)
<i>Organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et subventionnés par notre ministère</i>	99
<i>Groupes socio-économiques (élus provinciaux, regroupements socio-économiques tels sociaux, religieux, linguistiques, culturels, autochtones et les représentants des usagers des services du réseau de la santé et des services sociaux),</i>	25
<i>Autres secteurs d'activité (milieu de l'éducation, milieu judiciaire, organismes de développement et de concertation, milieu de l'entreprise privée, milieu de l'industrie, milieu syndical et milieu de l'environnement).</i>	25
	TOTAL : 340

Finally, for the whole of the sensitization tour, we found that 169 people participated in the various meetings held in the regional municipalities of the county (see Table 5).

This participation represents an average of 33.8 people per meeting, referring again to Table 5. We note, moreover, that the territory with the highest participation is Rouyn-Noranda and that the territory with the lowest participation is that of Abitibi. In addition, if we compare the number of invitations with the actual participation, we note that the sector of activity represented by the establishments is the one with the highest participation rate of 67.9%, while the municipalities achieve the lowest participation rate of 9.6%. Despite this finding of low participation, the reader will be able to note, in the next chapter, that the results are more satisfactory.

This sensitization operation, in addition to responding to the mandate that the Minister Monsieur Marc-Yvan Côté has entrusted to the regional regions in his Policy of Health and Well-being (see Chapter 1, p.4), also relies on the action plan that the Minister has made available in December 1992. This latter plan has three objectives :

- . the sensitization and mobilization of actors from June 1993;*
- . the implementation of ministerial commitments of which the regional priority is the elaboration of an action plan from December 1993;*
- . the follow-up and updating of the policy, which underpins for the region the implementation of the regional action plan at the beginning of 1994 and its follow-up.*

TABLEAU 5**RÉPARTITION DES PERSONNES PARTICIPANTES**

Représentants Territoires	Abitibi- Ouest (Macamic) 13 mars 1993	Rouyn- Noranda (Rouyn- Noranda) 16 mars 1993	Abitibi (Amos) 20 mars 1993	Témiscamingue (Ville-Marie) 27 mars 1993	Vallée-De- L'Or (Val-d'Or) 3 avril 1993	Total	% Des gens invités
Établissements	11	21	3	11	9	55	67,9
Organismes communautaires	13	17	4	11	14	59	59,6
Groupes socio- économiques	2	0	1	1	2	6	24,0
Autres groupes (commissions scolaires)	1	2	2	1	4	10	40,0
Municipalités	4	4	1	1	1	11	9,6
Assemblée régionale (conseil d'administration)	7	7	5	4	5	28	37,3
Total	38	51	16	29	35	169	49,7

4.2.3 Paramètres

L'approche préconisée lors des rencontres dans les MRC est de nature participative et dynamique. Des ateliers permettent aux participants de s'approprier les problèmes de santé et de bien-être, de faire ressortir leurs particularités et d'identifier des interventions pouvant être réalisées dans leur milieu. Cette approche tient compte des paramètres suivants :

Les convictions sur lesquelles repose la Politique de la santé et du bien-être :

- La santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu.

- *Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective.*
- *La santé et le bien-être de la population représentent à priori un investissement pour la société.*

Les stratégies d'ensemble du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- *Favoriser le renforcement du potentiel des personnes.*
- *Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires.*
- *Améliorer les conditions de vie.*
- *Agir pour et avec les groupes vulnérables.*
- *Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être.*
- *Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.*

Les orientations stratégiques de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue :

- *Favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie.*
- *Favoriser le support à la famille et à la jeunesse.*
- *Privilégier le préventif plutôt que le curatif.*
- *Intégrer la dimension des inégalités sociales dans le processus de décision.*

Ces objectifs et paramètres font partie de l'introduction faite aux participants afin de bien situer la démarche en cours et de démontrer toute l'importance que revêt leur participation.

4.2.4 Déroulement de la rencontre

Dès leur arrivée, chaque participant se voit remettre une pochette comprenant la documentation relative au déroulement de la journée (ordre du jour, identification des ateliers et fiches de compilation), au contenu guidant les discussions (l'ensemble des problèmes de santé et de bien-être, fiches synthèses) et à l'évaluation de la journée.

La rencontre s'amorce par le mot de bienvenue prononcé par un représentant de la Régie régionale. Par la suite, le président du conseil d'administration de la Régie régionale présente les grandes étapes qui ont permis d'identifier des problématiques de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue ainsi que le cheminement du dossier (de la tournée dans les MRC jusqu'au dépôt du plan d'action régional au ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 1993).

Après cette allocution, chaque personne est invitée à se présenter en identifiant le groupe ou l'établissement qu'elle représente. Puis, précédant les ateliers, un court exposé permet à chacun des participants d'avoir un aperçu général concernant :

- ▶ *une définition commune de la santé et du bien-être,*
- ▶ *les trois convictions sur lesquelles reposent la politique,*
- ▶ *les cinq champs d'activité où se regroupent l'ensemble des problématiques de santé et de bien-être.*

Dans la seconde partie de la journée, un gestionnaire présente les orientations stratégiques de la Régie régionale et les stratégies d'action de la Politique de la santé et du bien-être.

4.2.5 Démarche utilisée dans le cadre des ateliers

En plus des présentations et exposés pour situer la rencontre, la journée comporte deux ateliers séparés par des plénières permettant ainsi de recevoir le contenu des équipes, chacune travaillant dans un champ d'activité différent. N'oublions pas de mentionner que l'animation des ateliers se fait par des professionnels de la Régie régionale.

Le premier atelier consiste à sensibiliser chacune des équipes à un champ particulier en fonction des problématiques, des objectifs, des groupes vulnérables, des facteurs de risque et des conséquences. Trois questions amènent les participants à s'approprier les éléments de leur champ d'activité :

- Qu'est-ce que représente ce champ pour vous?*
- Les problématiques regroupées dans ce champ reflètent-elles la réalité de votre territoire de MRC?*
- Quels sont les facteurs de risque qui vous semblent les plus importants?*

Le deuxième atelier permet l'identification d'interventions en matière de santé et de bien-être à partir des facteurs de risque dégagés lors du premier atelier. Les participants doivent identifier des interventions à réaliser dans un champ d'activité en précisant le facteur de risque de départ, la clientèle ciblée, le moyen et finalement le libellé de l'intervention.

Par la suite, lors de plénières, chacune des équipes présente ses résultats en termes de facteurs de risque perçus comme les plus importants et d'interventions susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population de notre région. En conclusion, les participants sont invités à s'exprimer, tant oralement que par écrit, sur le processus qui a permis d'identifier des interventions.

Les résultats ressortant de ces rencontres ainsi que la perception et l'implication des participants en regard de la démarche et de son processus font l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE V

RÉSULTATS DE LA TOURNÉE DE SENSIBILISATION TENUE DANS LES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ

Nous relatons, dans ce chapitre, les résultats provenant des municipalités régionales de comté dans le cadre de la tournée de sensibilisation. Les éléments que nous décrivons pour chaque champ d'activité sont les suivants : la définition du thème, les problématiques retenues et les commentaires qui s'en dégagent ainsi que les facteurs de risque retenus comme les plus importants.

En deuxième partie, nous traduisons la perception des participants en regard des rencontres tenues dans les cinq municipalités régionales de comté et les particularités de chacun des territoires.

Rappelons que ces résultats proviennent des ateliers formés de représentants de secteurs tels qu'établissements, organismes communautaires, municipalités ou autres milieux et, que ces participants doivent émettre leurs opinions en tenant compte de leur perception ou leur expérience, sur les sujets suivants :

- Qu'est-ce que représente ce champ pour vous?*
- Les problématiques regroupées dans ce champ reflètent-elles la réalité de votre territoire de MRC?*
- Quels sont les facteurs de risque qui vous semblent les plus importants?*

5.1 RÉSULTATS PROVENANT DES MRC

Cette tournée de sensibilisation effectuée sous le thème : « Impliquons-nous afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue » permet à divers groupes de la population d'échanger sur leur état de santé et de bien-être. Misant sur l'implication et la spontanéité des personnes présentes, c'est à partir d'ateliers que les participants s'approprient les problèmes de santé et de bien-être, ressortent leurs particularités et identifient des interventions pouvant être réalisées dans leur milieu.

Les résultats que nous présentons émergent donc de ces ateliers et l'objectif n'étant pas d'atteindre le consensus mais bien de permettre à chacun d'apporter son point de vue. C'est dans ce contexte que tous les éléments ci-après sont considérés.

Pour chaque champ d'activité, une définition est donnée afin de bien situer par la suite les problématiques et les facteurs de risque qui en découlent. En ce qui concerne les pistes d'intervention émergeant de chacun des facteurs de risque nous les présentons en annexe afin de ne pas alourdir le présent texte.

Les résultats démontrent que l'ensemble des problématiques reflètent bien la réalité des différentes MRC et ce, en tenant compte de certaines particularités liées, entre autres, au contexte socio-économique, à la situation géographique de chacun et à l'isolement de certaines clientèles. Par contre, les participants soulignent que ces problématiques ne se retrouvent pas seulement en milieu défavorisé. Finalement, pour respecter le plus

fidèlement l'opinion ressortant de cette tournée de sensibilisation, nous y relatons les éléments précisant les particularités de l'un ou l'autre des cinq territoires.

ADAPTATION SOCIALE

DÉFINITION

L'adaptation sociale se définit comme la capacité, pour chaque individu, de vivre en société selon les règles de celle-ci et d'être en mesure de réaliser son potentiel tout en tenant compte des facteurs et de la variation du temps. L'adaptation sociale est centrée davantage sur l'individu qui semble être le seul responsable, mais le contexte familial et le contexte socio-économique jouent également un rôle important au niveau de l'adaptation. De plus, il s'avère difficile de faire la distinction entre intégration et adaptation car ces champs se complètent. Les infrastructures mises en place dans la société doivent aider l'individu à s'adapter.

PROBLÉMATIQUES

Les problématiques que l'on y regroupe sont : Violence envers les enfants et carences du lien parental - Troubles graves de comportement des enfants et des adolescents - Délinquance - Grossesse à l'adolescence - Violence faite aux femmes - Problèmes des sans-abri - Alcoolisme et autres toxicomanies.

Celles-ci reflètent bien la réalité des MRC et ce, avec des particularités plus accentuées sur trois territoires.

Pour la MRC d'Abitibi, l'alcoolisme et la toxicomanie sont des problématiques importantes sur leur territoire et qui chapeautent l'ensemble des autres problèmes précités. Pour sa part, la pauvreté a comme résultante tous les problèmes. La violence conjugale ne se retrouve pas uniquement dans les familles pauvres. Finalement, l'environnement physique est une constituante de l'adaptation dans l'optique de construire un milieu sain et en respectant les valeurs de diverses communautés (autochtones, milieu rural versus milieu urbain).

Pour la MRC d'Abitibi-Ouest, les participants font ressortir que certaines problématiques devraient être plus importantes que d'autres : la solitude des personnes âgées, une mobilité plus grande au niveau des logements à La Sarre (les sans-abri), l'isolement, l'alcoolisme (l'accent ne devrait pas être mis seulement sur les gros buveurs mais on devrait inclure les consommateurs d'alcool), la violence conjugale et la grossesse à l'adolescence ressortent très fortement à La Sarre.

Tandis que les participants de la MRC de Rouyn-Noranda se questionnent en regard des clientèles où aucune prévention ne semble prévue. Quant à la désinstitutionnalisation, la région interviendra-t-elle en amont avant que survienne le problème?

FACTEURS DE RISQUE

Après compilation des ateliers, nous listons l'ensemble des facteurs de risque qui ressortent de l'ensemble des MRC. Quant aux pistes d'interventions, nous les retrouvons à l'annexe 5.

- . Rupture de la famille*
- . Inégalités dans les rapports hommes-femmes*
- . Absence de modèle social*
- . Appauvrissement*
- . Pauvreté*
- . Délinquance*
- . Alcoolisme et toxicomanie*
- . Tolérance sociale trop élevée*
- . Manque de place aux adolescents*
- . Manque d'aide et de support aux enfants*
- . Manque d'aide et de support aux parents*
- . Manque de conscientisation des intervenants*
- . Valeurs véhiculées*

SANTÉ PHYSIQUE

DÉFINITION

La santé physique est à la base du bon fonctionnement de l'individu dans la société. C'est un état de bien-être qui permet une qualité de vie acceptable pour assumer adéquatement ses fonctions dans son milieu. La santé physique relie autant la santé mentale, le psychosocial, l'anatomie et

l'organisme de chaque individu. On doit voir la santé physique dans une perspective globale de santé.

PROBLÉMATIQUES

Les problématiques concernant ce champ sont : Naissances prématurées ou de poids insuffisant et anomalies congénitales ou génétiques - Maladies cardio-vasculaires - Cancer - Traumatismes - Maux de dos, arthrite et rhumatismes - Surdité en milieu de travail - Maladies du système respiratoire.

Ces problèmes correspondent à la réalité régionale. On souhaite que la Régie régionale documente les problèmes tels que :

- *Allergies respiratoires et cutanées*
- *Maladies reinales*
- *Diabète (conséquences et complications)*
- *Alzheimer (maladies dégénératives)*
- *Thyroïde*
- *Maladies industrielles (pollution industrielle)*
- *Traumatismes (ajouter les motoneiges et les véhicules agricoles)*

En plus, on demande de regarder et de documenter la problématique des césariennes en regard des causes et en vue d'amélioration des services avec réduction de coûts.

FACTEURS DE RISQUE

- . *Mauvaises habitudes de vie*
- . *Stress*
- . *Mauvaises habitudes alimentaires*

- . *Alcool / drogues*
- . *Tabagisme*
- . *Attitudes non sécuritaires (bruit, normes de travail pas toujours respectées, conduite dangereuse)*
- . *Accidents cérébraux-vasculaires (ACV)*
- . *Lourdes charges*
- . *Pollution de l'air (incluant la pollution intérieure)*
- . *Non partage de responsabilités*
- . *Pauvreté et isolement*
- . *Le jeune âge*

SANTÉ PUBLIQUE

DÉFINITION

La santé publique se définit comme un état de bien-être physique, mental et social de la population en général. C'est être capable de fonctionner comme individu dans sa famille et collectivement. La santé publique touche une masse d'individus. Il faut davantage responsabiliser les gens quant à la prévention, la protection et la promotion de l'état de santé. L'état de santé d'une population, d'une collectivité prédomine sur celle d'un individu. Ce champ regroupe principalement les causes reliées à l'environnement et aux individus en général. Plus large que l'état de santé observé (ex. : protection, facteurs de risque, épidémie), la santé publique comprend également les phénomènes sociaux. On dénote un manque de promotion et d'information sur les services offerts par les établissements.

PROBLÉMATIQUES

Nous y retrouvons comme problématiques : Maladies transmissibles sexuellement et sida - Maladies infectieuses - Problèmes de santé dentaire - Contamination des puits domestiques.

On est en accord avec l'ensemble des problématiques en tenant compte de quelques remarques :

- Problèmes de santé dentaire touchent tous les âges du plus petit au plus grand, 25% de la clientèle est à risque particulièrement en Abitibi-Témiscamingue. Il est souligné que le problème de la carie dentaire va en croissant et que les services sont absents dans les CLSC. De plus, une certaine incohérence est dénotée entre la gratuité aux examens pour enfants et la non prévalence des soins
- Une recherche de causes pourrait être faite en regard des allergies cutanées et respiratoires
- Contamination des puits domestiques est une problématique très présente en région sauf dans la Vallée-de-l'Or qui souligne l'impact des parcs à résidu minier sur la qualité de l'environnement.

FACTEURS DE RISQUE

- . Attitude «ça n'arrive qu'aux autres» dans le cadre de la propagation des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et du Sida
- . Faible participation au programme gratuit de soins dentaires et problèmes dentaires
- . Maladies infectieuses
- . Pauvreté
- . Manque d'autonomie
- . Isolement social
- . Inégalités socio-économiques
- . Changements sociaux (éclatement des valeurs)

- . *Lacunes au niveau de la compétence parentale*
- . *Instabilité des unions*
- . *Mauvaises habitudes alimentaires*
- . *Consommation abusive d'alcool*
- . *Contamination des puits domestiques*
- . *Pollution environnementale*

SANTÉ MENTALE

DÉFINITION

La santé mentale est l'équilibre entre la santé et le bien-être de tout individu. Bien-être global comportant la sécurité ainsi que la capacité de s'exprimer et de s'adapter à différentes situations de la vie. C'est aussi un esprit sain dans un corps sain tout en s'adaptant aux valeurs culturelles du milieu. C'est croire en ses possibilités, d'avoir des opportunités et des possibilités de transiger avec son environnement. C'est la capacité de composer avec la vie, responsabilité individuelle et collective.

La réhabilitation permet à l'individu de vivre en harmonie avec son milieu malgré la présence de maladie mentale - après traitement). Lorsqu'il y a rupture de l'équilibre, des dysfonctionnements se traduisent par des dépressions, difficultés de fonctionnement moteur et psychologique ainsi que des difficultés d'intégration. Il est primordial de prendre en compte l'importance de valoriser l'individu pour contrer le phénomène d'inutilité (jeunes, personnes âgées) et développer par le fait même une force morale.

PROBLÉMATIQUES

Les problématiques telles - Détresse psychologique et troubles mentaux - Comportements suicidaires - sont omniprésentes dans notre région puisque l'ampleur des problèmes rencontrés sur le terrain démontre que beaucoup de personnes de toutes catégories d'âge sont affectées.

Dans cette perspective, il est suggéré d'élargir certaines clientèles dans les groupes vulnérables, par exemple les autochtones vivant sur les réserves et qui sont aux prises avec diverses problématiques telles l'alcoolisme, l'inceste et la violence conjugale. Une nuance est à préciser entre personnes seules et isolées, c'est-à-dire que les personnes seules ne sont pas nécessairement isolées et que l'isolement n'est pas seulement la caractéristique des personnes seules. De plus, des précisions sont apportées sur ce que veut dire isolé : sans lien significatif, coupure, sans contact.

Il semble urgent de comprendre pourquoi il y a tant de prévalence autour du suicide dans la région, problématique persistante et beaucoup d'incompréhension. Par ailleurs, les participants constatent des besoins énormes en tant que support et aide auprès des jeunes et des parents aux prises avec des comportements ou idées suicidaires.

FACTEURS DE RISQUE

- . Manque d'information sur la maladie mentale*
- . Isolement social*
- . Manque de soutien aux organismes communautaires*
- . Abus d'alcool et de drogues*
- . Conditions socio-économiques*

- . *Stress dû au manque d'information sur le processus normal de vieillissement*
- . *Préjugés (pression sociale via la clientèle en difficulté plus forte dans les petites communautés)*
- . *Manque de communication*
- . *Rupture des valeurs culturelles et spirituelles*
- . *Pauvreté*
- . *Manque d'emploi chez les jeunes (17-25 ans)*
- . *Perte d'emploi (des 45-60 ans)*
- . *Agressions sexuelles*
- . *Absence du père pour l'éducation des enfants*
- . *Manque de soutien aux parents et aux familles*
- . *Absence de ressources pour les personnes en difficulté*
- . *Manque de services spécialisés*
- . *Manque de leadership, coordination et concertation*
- . *Alcoolisme et autres toxicomanies reliés au suicide*
- . *Mauvaise hygiène de vie*

INTÉGRATION SOCIALE

DÉFINITION

C'est la capacité de la société de mettre en place des mesures facilitant l'accès aux différents soins et services des personnes âgées et des personnes vivant une situation d'handicap et de briser leur isolement. C'est favoriser l'autonomie de chaque personne vivant une situation difficile en lui permettant de s'intégrer à son milieu et de remplir ses rôles sociaux d'une manière acceptable pour elle et pour son environnement. C'est faire en sorte que les gens acceptent les différences et les comprennent.

PROBLÉMATIQUES

Ce champ présente les problématiques suivantes : Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées - Situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités.

Il y a accord avec les problématiques en tenant compte des énoncés suivants :

- *Tenir compte des personnes souffrant d'handicap de l'ouïe, de la vue, de maladies dégénératives et d'handicap physique*
- *Il faut davantage travailler sur l'adaptation et la réadaptation*
- *Il faut changer notre notion de productivité qui est un frein à l'embauche des personnes handicapées*
- *Que fait-on pour les jeunes de 15 à 22 ans pour les intégrer à la société?*
- *La problématique en regard des personnes âgées est majeure en ce qui a trait à : la violence qu'elles subissent, l'alourdissement de cette clientèle, l'alzheimer, leur déracinement (suite à un deuil par exemple) et le maintien à domicile (que le réseau reconnaisse la désinstitutionnalisation afin de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur milieu)*
- *Ce champ touche également les gens qui ont reçu des traitements psychiatriques (résistance de la société face aux personnes ayant eu des troubles psychiatriques, ayant été hospitalisées longtemps ou ayant perdu des habiletés)*
- *Les personnes âgées sont un groupe à risque concernant le suicide (ces suicides passent souvent sous silence)*
- *Un manque de cohérence entre les politiques du gouvernement et les besoins à combler*
- *Les préjugés sont très tenaces notamment pour l'emploi des personnes handicapées*

FACTEURS DE RISQUE

- . *Affaiblissement du réseau familial et social (épuisement des ressources communautaires et familiales)*
- . *Isolement des familles (compassion mais portes fermées, isolement via les services et via l'environnement)*
- . *Pauvreté*
- . *Obstacles à l'intégration, perte de capacité et d'autonomie, barrières (physiques, à l'emploi, etc.)*
- . *Manque d'ouverture de la société (tabous, préjugés, valeurs véhiculées par la télévision)*
- . *Surconsommation de médicaments*
- . *Médias (télévision)*

Ces principaux éléments donnent déjà un portrait assez révélateur de la situation sur laquelle le comité d'analyse devra travailler. Nous indiquons au Tableau 6 que plus de 341 interventions en matière de santé et de bien-être découlent des 66 facteurs de risque identifiés comme les plus importants par l'ensemble des personnes ayant participées aux rencontres. Ces multiples interventions sont des assises importantes pour le plan d'action à élaborer.

TABLEAU 6

NOMBRE DE FACTEURS DE RISQUE ET D'INTERVENTIONS PAR CHAMP D'ACTIVITÉ

NOMBRE DE FACTEURS DE RISQUE ET D'INTERVENTIONS PAR CHAMP D'ACTIVITÉ					
Champs d'activité	Adaptation sociale	Santé physique	Santé publique	Santé mentale	Intégration sociale
Facteurs de risque	13	12	14	20	7
Interventions	94	37	67	70	73

Ces rencontres en plus d'offrir une gamme d'interventions, suscitent également des commentaires de la part des personnes participantes dans chacune des MRC. La section suivante présente l'évaluation de cette tournée de sensibilisation en tenant compte des particularités de chacun.

5.2 ÉVALUATION DE L'ENSEMBLE DES RENCONTRES DANS LES MRC

L'évaluation de la tournée s'effectue à partir des grilles d'évaluation que chaque participant complète dès la fin du deuxième atelier. Également, nous tenons compte des commentaires apportés lors des deux plénières. Voici, de façon succincte, l'appréciation des personnes en regard des rencontres tenues dans les MRC.

► Point de vue des participants

La majorité des participants semblent satisfaits des journées car ils ont eu l'occasion d'émettre et de partager leurs opinions et ainsi, enrichir les discussions lors des ateliers. Pour certains, c'est une première expérience d'échanges sur la santé et le bien-être. Par contre, en ce qui a trait à l'aspect «rencontre fructueuse», les avis sont très partagés en termes de connaissances acquises.

► Qualité des échanges dans les groupes (animation)

Ces rencontres permettent à tous de contribuer à l'enrichissement des discussions par leur expertise et leurs connaissances. Les échanges sont très enrichissants tout au long de la tournée en raison de l'atmosphère créé par la bonne écoute mutuelle et l'implication de chacun lors des discussions. Cette grande satisfaction est attribuable selon les participants à la qualité des

animateurs et ce, même si d'une rencontre à l'autre les animateurs sont différents.

► **Appréciation du contenu et du déroulement de la rencontre**

Les participants se disent satisfaits quant à la documentation et aux présentations leur permettant d'être sensibilisés aux problématiques de santé et de bien-être. De plus, ils soulignent leur appréciation en regard du déroulement même des rencontres qui s'effectue de façon harmonieuse et ponctuelle.

► **Les résultats de la rencontre**

Lors d'une prochaine consultation, les participants suggèrent des délais plus réalistes afin de permettre une plus grande concertation auprès des organismes communautaires. De plus, quelques participants font remarquer qu'ils auraient apprécié avoir le choix de l'atelier et avoir eu du temps pour échanger sur le document de sensibilisation «La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002».

Concernant l'ensemble des commentaires, nous remarquons une certaine perplexité en regard de cette consultation d'une part et, d'autre part, un certain scepticisme quant aux suites que donnera la Régie régionale en regard de cette consultation.

Cette tournée permet d'une part aux participants de chacune des MRC d'approfondir les éléments touchant les diverses problématiques de santé et de bien-être regroupées dans les cinq champs d'activité et de proposer à partir des facteurs de risque perçus comme les plus importants, des

interventions en matière de santé et de bien-être. D'autre part, c'est l'occasion de faire ressortir les particularités de chacune des MRC, débutons par :

Territoire d'Abitibi-Ouest (1ère rencontre tenue le 13 mars - 38 participants)

Les participants de ce territoire pointent certains éléments les caractérisant :

- mobilité plus grande au niveau des logements dans ce territoire (sans-abris)
- violence conjugale et grossesse à l'adolescence ressortent très fortement à La Sarre
- recrudescence de la délinquance juvénile ainsi que la violence chez les jeunes et les adultes
- surplus de lits en région favorise le retrait et l'isolement des personnes âgées
- clientèle autochtone semble peu présente dans les problématiques

De plus, ils suggèrent quelques solutions réalisables à très court terme :

- analyse des forces du milieu (clubs sociaux, capacité de mobilisation)
- formation d'un comité aviseur-femmes
- intégration des organismes communautaires
- miser davantage sur les facteurs sur lesquels il est possible d'agir
- accentuer la prévention quant aux soins dentaires tant au niveau des très jeunes qu'au niveau des adolescents

Des questions sont également posées telles que :

- Que fait-on pour les jeunes de 15 à 22 ans pour les intégrer à la société?

- *Comment parvenir à avoir de l'aide pour une famille au prise 24 heures sur 24 avec une personne non autonome?*

Finalement, ils expriment leur déception en regard de la faible participation des établissements à cette rencontre.

Territoire de Rouyn-Noranda (2e rencontre tenue le 16 mars - 51 participants)

Malgré que l'exercice, au départ, est quelque peu contesté car les gens se sentent plus ou moins concernés par ces problématiques et, que certaines personnes trouvent que l'exercice est très académique, la démarche proposée est respectée.

Dans les différentes équipes, la pauvreté est ressortie comme étant une préoccupation majeure et qui sous-tend l'ensemble des problématiques. Par ailleurs, les participants se questionnent sur les clientèles en voie de réintégration sociale. A-t-on prévu des alternatives pour faire face à la désinstitutionnalisation? Le réseau de la santé et des services sociaux interviendra-t-il avant que surviennent les problèmes?

Ils notent également que les problèmes sont basés sur une philosophie de société et de ce fait, en voici quelques éléments :

- *la violence dont le facteur est la reproduction du système patriarcal, le travail devrait être axé davantage sur les valeurs de la société*
- *tout est compartimenté partout, ministères, organismes, etc.*

- concernant les MTS et le sida, une équipe de Rouyn-Noranda est à mettre en place une clinique mobile
- contamination des puits domestiques, problématique présente en raison du grand nombre de petits villages qui s'alimentent à partir de ces puits
- notion de productivité qui est un frein à l'embauche des personnes handicapées

Pour eux, il est important de mettre l'accent sur la prévention, la concertation et de faire une place aux jeunes.

Territoire de MRC d'Abitibi (3e rencontre tenue le 20 mars - 16 participants)

Étant donné la faible participation de ce secteur, le regroupement des personnes s'effectue selon leur intérêt. Nous retrouvons trois ateliers dont deux équipes ont à travailler sur deux champs d'activité en matinée. Concernant l'atelier de l'après-midi, le travail s'effectue, selon la demande des participants, en un seul groupe pour identifier des pistes d'intervention.

Les personnes présentes démontrent un vif intérêt et voici les commentaires exprimés en plénière :

- absence de l'analyse sociale de la violence dans le document
- lenteur du réseau à réagir
- structures légales répondent peu aux besoins des individus et des communautés
- services spécifiques aux femmes doivent être développés

Les participants ressortent les caractéristiques de leur territoire soit :

- beaucoup de pertes d'emploi reliées à la détresse psychologique*
- différence marquée entre les groupes sociaux*
- dans les petites localités, chez les personnes âgées et les jeunes, beaucoup de suicides, de la détresse psychologique et des décès y sont relevés*

Territoire de MRC de Témiscamingue (4e rencontre tenue le 27 mars - 29 participants)

Les problématiques qui caractérisent d'une manière particulière ce territoire sont les traumatismes dus aux motoneiges et aux véhicules agricoles, la contamination des puits domestiques, les maladies transmissibles sexuellement et le sida. Par ailleurs, l'isolement et l'alourdissement des clientèles personnes âgées et personnes handicapées contribuent fortement à l'épuisement des ressources communautaires et familiales de ce milieu. De plus, les personnes seules vivent beaucoup de détresse psychologique, facteur qui a une influence sur les troubles mentaux et les comportements suicidaires. Un élément non négligeable de ce secteur est leur éloignement des grands centres.

Territoire de MRC de la Vallée-de-l'Or (5e rencontre tenue le 3 avril - 35 participants)

Les problématiques qui concernent davantage le territoire de la Vallée-de-l'Or sont les maladies transmissibles sexuellement, le sida, les problèmes de santé dentaire, les maladies dégénératives (entre autres l'alzheimer), la

violence et la contamination par les parcs à résidu minier (surtout par temps venteux).

Une clientèle particulière à ce secteur est la population autochtone. La problématique de ce peuple est reliée à la lourdeur des pertes au niveau culturel. De plus, lorsqu'un problème surgit, cela touche plusieurs familles en même temps. Les suicides chez les autochtones de 15 à 25 ans sont plus nombreux en mai et juin car les jeunes retournent aux sources (culture traditionnelle, insécurité). Les moyens les plus utilisés sont les armes à feu et la pendaison et les raisons mentionnés sont leur manque de confiance dans l'avenir et face aux échecs.

En somme,

Cette tournée de sensibilisation est enrichissante à maints égards. Les vingt-deux problématiques identifiées en Abitibi-Témiscamingue semblent circonscrire la réalité de la région et incluent les problèmes spécifiques soulignés dans l'une ou l'autre des rencontres.

*Les participants, tout en tenant compte des caractéristiques de leur milieu, pointent les facteurs de risque sur lesquels il est urgent de travailler, en **concertation** avec les partenaires des divers secteurs, si nous voulons d'ici l'an 2002 améliorer la santé et le bien-être de la population. De ces facteurs de risque, ils en dégagent une multitude d'interventions qui serviront à l'élaboration du plan d'action régional.*

Les résultats recueillis lors de la tournée de sensibilisation sont compilés, dans un premier temps par territoire de MRC et acheminés à chaque personne ayant participé à la rencontre tenue sur son territoire. Dans une deuxième temps, une synthèse de l'ensemble des résultats est déposée aux membres du Comité de gestion de la Régie régionale.

En plus de cette tournée, les résultats provenant de rencontres avec la permanence de la Régie régionale s'ajoutent au contenu en vue de l'élaboration du plan d'action. Voici les étapes subséquentes concernant la poursuite des travaux :

- . Mise en commun de l'ensemble des interventions recueillies aux cinq rencontres (entre les 5 et 20 avril).*
- . Diffusion des résultats d'ateliers aux participants de chacune des rencontres dans les cinq territoire de MRC (au cours du mois d'avril).*
- . Analyse de faisabilité de l'ensemble des interventions identifiées par la permanence et par les participants des MRC (21 avril).*
- . Dépôt de l'ensemble des interventions ainsi que l'analyse de faisabilité au Comité de gestion (28 avril).*
- . Identification des priorités d'intervention en matière de santé et de bien-être par le conseil d'administration de la Régie régionale (2 juin).*
- . Approbation des priorités d'intervention en matière de santé et de bien-être par l'Assemblée régionale (19 juin).*
- . Diffusion des priorités d'intervention en matière de santé et de bien-être approuvées par l'Assemblée régionale (fin juin).*
- . Élaboration du plan d'action régional en matière de santé et de bien-être (été et automne 1993).*

Concernant la prochaine étape, analyse des résultats, tous les facteurs de risque relevés ainsi que les interventions identifiées jusqu'à maintenant seront rassemblés. Rappelons qu'en plus de ceux recueillis lors de la tournée, les interventions et facteurs de risques identifiés par les professionnels de la Régie régionale (journée du 15 septembre 1992) ainsi que par les membres du conseil d'administration (rencontre du 7 novembre 1992) seront intégrés.

CHAPITRE VI

ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans le cadre de ce rapport, nous entamons la section portant sur l'analyse des résultats. Nous y relèçons, dans la première division, l'analyse de faisabilité faite par les professionnels à l'interne et les conclusions de cette opération. Puis dans la seconde, nous vous présentons les résultats qui sont transmis à l'Assemblée régionale et les grandes lignes concernant la poursuite des travaux.

Il importe de mentionner que les travaux en regard de ce chapitre sont sous la responsabilité partagée entre la Direction de la planification et de la programmation et de la Direction de la recherche et de l'évaluation.

6.1 ORGANISATION DES RÉSULTATS

Ce comité d'analyse, composé de quatre professionnels et de la directrice de la planification et de la programmation, doit en tout premier lieu classer les interventions selon les cinq champs d'activité (adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale et intégration sociale) et, par la suite, regrouper les facteurs de risque par thème. Le premier regroupement s'effectue à partir du logiciel d'analyse «SATO». L'échéancier concernant cette opération est le 21 avril, journée à laquelle l'ensemble des professionnels (36) de la Régie régionale sont conviés pour déterminer à partir de critères (voir annexe 2) les stratégies d'intervention réalisables.

6.1.1 Regroupement par thème

Toutes les pistes d'intervention font l'objet de saisie dans le Système d'Analyse de Textes par Ordinateur «SATO», logiciel permettant l'annotation de documents, le repérage «sur mesure» des éléments du texte et l'analyse qualitative ou quantitative du document ou de ses parties. Précisons que SATO peut lire automatiquement un texte et en reconnaître les composantes. Sa capacité de lecture est de 120 mots à la seconde (ou 7200 mots à la minute, ce qui représente 20 fois la vitesse usuelle de lecture).

Poursuivant son objectif, le comité d'analyse utilise le logiciel «SATO» en fonction de la «catégorisation de mots». Celui-ci passe en revue toutes les interventions recueillies et les regroupe sous certains thèmes. Dès lors, le comité d'analyse s'assure qu'aucune intervention n'est mise de côté et qu'elle est, selon l'interprétation de départ, sous le bon thème. Cet exercice se voulant rigoureux, a exigé, à quelques reprises, la présence des animateurs des divers ateliers.

À la suite de cette opération, le comité regroupe ces thèmes en tenant compte de cinq facteurs déterminants de la santé et du bien-être tels :

1. Conditions de vie (pauvreté, revenu, logement, emploi, isolement)
2. Habitudes de vie et comportements (tabagisme, alcoolisme, activité physique, alimentation, comportements sexuels)
3. Environnement physique et biologique (traumatismes, obstacles, pollution, conditions de travail)
4. Environnement social (réseau social, rapports hommes-femmes)
5. Système de soins et de services (mécanismes de consultation, accès aux services; formation, support).

Les facteurs de risque retenus dans chacune des catégories sont listés à l'annexe 3. En plus des catégories, les membres du comité d'analyse poursuivent les travaux dans le cadre de l'analyse de faisabilité en fonction également des mots-clés sous lesquels se regroupent les pistes d'intervention : action sociale, conscientisation, responsabilisation, consolidation des groupes d'entraide, coordination, concertation entre les organismes, supports professionnel, matériel et financier, législation et politique, développement des compétences, formation pour faciliter le retour au travail, développement de l'emploi, information, éducation, sensibilisation et démystification, organisation de services, accès à une gamme de services.

La deuxième étape de ce travail d'analyse est de ressortir des interventions régionales pouvant circonscrire un ensemble d'interventions. Par exemple, au niveau de la catégorie «Conditions de vie», la première intervention régionale est libellée comme suit : Prendre action sur l'impact des mesures économiques sur la santé en s'impliquant dans le développement régional et local.

Les interventions s'y rattachant sont :

- . Concernant les inégalités socio-économiques, démontrer les conséquences de la pauvreté sur la santé et forcer des actions dans la communauté (ex. : mesures d'accès à l'emploi).*
- . Concernant les conditions économiques, prendre position sur l'impact des mesures économiques sur la santé en s'impliquant dans le développement régional et local.*
- . Concernant les conditions économiques, prendre position sur l'impact des mesures économiques sur la santé en diminuant les sources de stress financier.*

- . *Concernant les conditions économiques, prendre position sur l'impact des mesures économiques sur la santé en favorisant le plein emploi.*
- . *Concernant l'appauvrissement, briser la loi du silence et ne pas se gêner de parler de la misère.*

Cet immense travail effectué dans un délai trop bref (deux semaines) permet de recenser, sous 5 catégories de facteurs de risque, 133 interventions régionales et regroupées 498 interventions (voir Tableau 7). Ce regroupement d'interventions est nécessaire afin de préparer la journée de rencontre avec les professionnels dans le cadre de la faisabilité de celles-ci (voir les critères en annexe 2) pour dégager des stratégies d'intervention réalisables. En plus de ce relevé d'interventions, les professionnels ont comme guide un document de référence comportant le regroupement des stratégies provinciales selon la Politique telles que :

- . ***Favoriser le renforcement du potentiel des personnes*** (les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les comportements liés à la santé et au bien-être et les capacités psychologiques et sociales).
- . ***Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires*** (les milieux de vie, l'environnement social et l'environnement physique).
- . ***Améliorer les conditions de vie*** (le revenu, la scolarisation, le logement et l'emploi).
- . ***Agir pour et avec les groupes vulnérables*** (stratégies privilégiées par la Politique et groupes vulnérables identifiés également par celle-ci).
- . ***Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être*** (les interventions des pouvoirs publics et le dynamisme local et régional).

- **Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses** (la conception des programmes et la régionalisation des services, la répartition équitable des ressources, l'évaluation, l'implantation et le développement de la Politique).

TABLEAU 7

REPRÉSENTATION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS EN REGARD DES CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE

CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE	NOMBRE D'INTERVENTIONS RÉGIONALES	NOMBRE D'INTERVENTIONS S'Y RATTACHANT
CONDITIONS DE VIE	16	93
HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS	29	99
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET BIOLOGIQUE	17	49
ENVIRONNEMENT SOCIAL	40	152
SYSTÈME DE SOINS ET DE SERVICES	31	105
5 CATÉGORIES	133	498

- * Les interventions dont il est question proviennent des professionnels, des membres du conseil d'administration et des MRC et, que certaines peuvent être retenues pour plus d'une intervention régionale.

6.2 ANALYSE DE FAISABILITÉ

Après l'opération de regroupement des interventions afin de préparer tout le matériel nécessaire à l'analyse de faisabilité, le comité d'analyse est au terme de l'analyse proprement dite. Cette journée vise, dans un premier temps,

l'appropriation par chaque professionnel de l'ensemble des interventions regroupées sous les 5 grands thèmes et précédées par des interventions régionales. Et, dans un deuxième temps, que les résultats de la pondération de ces interventions puissent en donner un ordre de priorité.

Malgré que les professionnels trouvent le contenu très lourd et répétitif en regard des interventions libellées par les différents acteurs, le travail se déroule en ateliers et les grilles contenant les critères de faisabilité se complètent tant bien que mal. La plus grande difficulté consiste en la très grande connaissance de leurs dossiers ou champ de spécialisation versus leur presque méconnaissance dans les autres.

6.2.1 Résultats de l'analyse de faisabilité

Après la compilation des données recueillies lors de cette journée, voici sommairement les conclusions qui sont apportées par le comité d'analyse et transmises au Comité de gestion en lien avec :

Les interventions territoriales et régionales

- . Le matériel des MRC, de la Régie régionale et du conseil d'administration permet d'identifier des actions concrètes pour le plan d'action régional*
- . Le travail d'entonnoir pour formuler les interventions régionales est valide en fonction de la méthode de travail retenue*
- . La formulation des interventions régionales est sous forme d'objectifs pour certains énoncés et d'actions pour d'autres*
- . Certains énoncés présentent plus qu'une idée à évaluer.*

L'analyse de faisabilité

- . *La grille d'analyse ne permet pas de discriminer les interventions réalisables*
- . *Les indicateurs servant d'analyse portent à une interprétation selon la personne qui la cote (connaissance ou non du dossier)*
- . *Les résultats ne peuvent, d'une grille à l'autre, se comparer*
- . *Dans un contexte de rigueur scientifique, la grille d'analyse n'a pas de validité interne*

Le processus

- . *Les échéanciers ne permettent pas de prendre du recul pour réajuster le contenu et accroître la qualité des produits*
- . *Les professionnels ont été interpellés trop rapidement et pas sur le bon produit*

Réajustement

- . *Réévaluer le processus en termes d'échéanciers puisqu'ils ne sont pas réalistes pour un produit qui risque d'avoir un impact important dans l'organisation*
 - *Réévaluer le mandat de l'équipe d'analyse*
 - *Réévaluer la disponibilité des participants de l'équipe d'analyse si les échéanciers sont maintenus puisque d'autres dossiers doivent être réalisés dans un délai assez court*
 - *Recadrer le contenu, c'est-à-dire prendre le temps nécessaire pour réorienter la démarche*

Opérations à effectuer

Processus

- *Rencontre avec les gestionnaires concernés ou le Comité objectifs de santé et de bien-être pour échanger sur les constats*
- *Repréciser les mandats, les échéanciers, les participants et le rôle de chacun*
- *Informer du résultat et des nouvelles orientations les professionnels qui ont participé à la rencontre*

Contenu

- *Revoir les libellés des interventions régionales en ce qui concerne la formulation*
- *Sortir les interventions obligatoires dans nos mandats (elles n'ont pas à être ordonnancées)*
- *Dégager les interventions qui relèvent de notre compétence de celles qui appartiennent au multisectoriel*
- *Refaire la concordance avec le Comité objectifs de santé et de bien-être, ex. : «ajouts de nouvelles problématiques?»*
- *Mettre en lien les interventions régionales avec les problèmes, les objectifs et les problématiques de santé et de bien-être*
- *Reprendre l'analyse de faisabilité si nécessaire mais avec un autre cadre de travail*
- *Analyser les résultats de l'analyse de faisabilité pour ressortir le matériel utilisable.*

Après avoir pris connaissance de ces constats, une lettre du Comité objectifs de santé et de bien-être est adressée à tous les professionnels ayant

participé à l'analyse de faisabilité les remerciant de leur contribution et leur expliquant les étapes à venir.

6.3 PROCHAINES ÉTAPES

Voici les orientations que la Régie régionale prend d'ici le 19 juin 1993, date de l'Assemblée régionale :

Concernant les résultats du comité d'analyse, ceux-ci seront utilisés comme matériel de base pour les prochaines étapes. Cette position réconforte l'ensemble des professionnels de la Régie régionale qui dénonçaient les courts échéanciers mettant en péril tous les efforts déjà consacrés à cette démarche.

Concernant les mandats des directions impliquées, voici le positionnement du Comité de gestion à cet égard :

Direction de la recherche et évaluation :

Finalisera les rapports d'activité concernant les rencontres de sensibilisation tenues dans les cinq MRC et les acheminera aux participants de chacune d'entre elles. Transmettra un rapport synthèse comprenant les résultats de la tournée aux membres du conseil d'administration et à l'Assemblée régionale. Présentera ces résultats en lien avec la Politique de la santé et du bien-être et des étapes à venir auprès de ces deux instances les 9 et 19 juin prochains.

Direction de la santé publique

Prendra la relève pour la détermination des interventions régionales ainsi que le plan d'action qui en découle. Déposera ce plan d'action à l'Assemblée régionale en décembre 1993 pour approbation.

En somme,

Faisant consensus sur les biens livrables à l'Assemblée régionale, deux éléments sont déposés soit d'une part les vingt-deux problématiques de santé et de bien-être qui ont été validées par les participants aux rencontres tenues dans les cinq MRC et qui se retrouvent dans le document intitulé «La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002» ainsi que le rapport synthèse regroupant l'ensemble des résultats provenant de la tournée de sensibilisation.

En premier lieu, lors de cette rencontre tenue le 19 juin la direction de la recherche et de l'évaluation présente le déroulement de la tournée et le contexte dans lequel celle-ci s'est effectuée. Puis, les membres de l'Assemblée régionale sont informés sur la participation de chacun des territoires et sur les champs d'activité ainsi que les problématiques, reflets de l'état de santé et de bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

*De plus, la présentation se poursuit avec les résultats de l'analyse faite en regard des problèmes spécifiques soulignés par des participants dans l'une ou l'autre des rencontres : **pauvreté, traumatismes dus aux motoneiges et aux véhicules agricoles, diabète, maladie d'Alzheimer, handicaps auditif, visuel et physique, maladies rénales, problèmes de la glande thyroïde,***

avortements spontanés (fausses couches), césariennes, allergies respiratoires, allergies cutanées, maladies industrielles et parcs à résidu minier. Ces problèmes s'intègrent dans le cadre des vingt-deux problématiques de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue, soit comme facteur de risque ou comme piste d'intervention. Voici des commentaires spécifiques pour chacun d'eux :

- . La **pauvreté** est un facteur de risque important et beaucoup de pistes d'intervention en découlent.
- . Les **traumatismes dus aux motoneiges et aux véhicules agricoles** sont intégrés dans la problématique «traumatismes» sous le champ d'activité «santé physique».
- . Le **diabète** fait l'objet d'un modèle d'organisation de services en Abitibi-Témiscamingue et est identifié comme un facteur de risque important pour les maladies cardio-vasculaires.
- . La **maladie d'Alzheimer** s'inscrit dans le champ d'activité «intégration sociale» et les personnes atteintes (surtout les personnes âgées) requièrent beaucoup de support.
- . Les **handicaps auditif, visuel et physique** se retrouvent dans la problématique «situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités» sous le champ d'activité «Intégration sociale».
- . Les **maladies rénales** requièrent des services spécialisés et seront documentées lors de l'éventuel plan d'organisation de services en santé physique.
- . Les **problèmes de la glande thyroïde** requièrent des services spécialisés et seront documentés lors de l'éventuel plan d'organisation de services en santé physique.

- . Les **avortements spontanés (fausses couches)** sont reliés à la problématique des «naissances prématurées ou de poids insuffisant et anomalies congénitales ou génétiques» sous le champ d'activité «santé physique».
- . Le **nombre de césariennes** est lié aux problèmes lors de l'accouchement ainsi qu'à la philosophie d'intervention médicale et est à documenter lors de l'éventuel plan d'organisation de services en santé physique.
- . Les **allergies respiratoires** font partie de la problématique des «maladies du système respiratoire» sous le champ d'activité «santé physique».
- . Les **allergies cutanées** se retrouvent parmi les maladies de la peau et celles-ci seront considérées lors de l'éventuel plan d'organisation de services en santé physique.
- . Les **maladies industrielles** dont la surdité professionnelle, les maux de dos, les maladies respiratoires et les problèmes vasculaires s'intègrent dans diverses problématiques de santé sous le champ d'activité «santé physique».
- . Les **parcs à résidus miniers** peuvent contaminer le sol, l'air et l'eau et font partie des facteurs de risque à considérer dans la cadre du plan d'action en santé publique.

Par la suite, en termes de résultats, il y a citation des principaux facteurs regroupés en 5 catégories ainsi que les mots-clés ressortant des pistes d'intervention. Et, la présentation se termine en relevant les particularités de chacun des territoires et sur les étapes à venir d'ici le dépôt du plan d'action au MSSS en décembre 1993.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

Nous présentons, en guise de discussion, une réflexion sur l'application du modèle de planification stratégique adapté de Henrik L. Blum et retenu comme cadre de référence de cette étude. Ce modèle, rappelons-le, comporte quatre phases soit : l'état de situation, l'analyse et stratégie, l'implantation et l'évaluation. Notre réflexion porte principalement sur l'application de ce modèle dans un contexte organisationnel en transition et dont l'aspect politique est fort présent.

À travers cette observation sur l'application réelle du modèle de planification stratégique précité, nous nous permettons d'intercaler des événements qui ont eu un impact majeur sur les décisions en regard de l'identification des problèmes prioritaires de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue.

*Concernant la phase «**état de situation**», trois événements surviennent et supportent la démarche de détermination des problèmes de santé et de bien-être soit :*

***En juin 1989**, la Ministre Madame Lavoie-Roux dépose à l'Assemblée nationale ses orientations en matière de santé et de bien-être;*

***en septembre 1989**, elle demande aux conseils régionaux de l'époque de donner leurs perceptions sur la façon dont leur région est décrite dans son document;*

***en octobre 1990**, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue publie le rapport synthèse de l'état de santé de la population intitulé **Bilan de santé de l'Abitibi-Témiscamingue**.*

Cette phase se complète, pour l'organisation, par un exercice d'ordonnancement des problèmes de santé et de bien-être et de validation auprès des professionnels de toutes les directions. Mais a-t-on vraiment complété cette 1ère phase selon le modèle de Blum?

Cet auteur mentionne qu'il

*«faut rassembler les données disponibles et de générer celles qui ne le sont pas, pour être capable de dresser un portrait réaliste de l'état de santé de la communauté. L'ensemble de l'information peut être catégorisée en trois ensembles complémentaires, à savoir les besoins - **tels que définis par les professionnels** -, les désirs - **tels qu'exprimés par les membres de la communauté** -, et la demande - **consistant en la consommation courante de services**. De plus, l'état de situation doit aussi faire le point sur les services offerts, et le degré d'adéquation observé entre les besoins et les ressources en place. Le choix des priorités conclut cette première étape⁴⁰.*

Selon notre modèle de référence, cette phase est incomplète car il y manque les aspects consultation et analyse des besoins versus les ressources en place. Par contre, bien que ces dimensions aient été retardées à la phase suivante et qu'il y a eu de la part des participants une désapprobation exprimée en regard de leur non consultation dans l'identification des problèmes prioritaires, nous croyons que les résultats sont atteints. Ces résultats sont attribuables en grande partie à la participation et à l'implication des gens dans la démarche lors de la tournée et aux objectifs formulés qui ont permis de remédier à cette carence dans le processus.

40. Centre hospitalier régional de la Beauce, **La démarche méthodologique du plan de santé**, Département de santé communautaire, 1988, p. 22.

La seconde phase **«analyse et stratégie»** s'amorce à l'interne avec les employés et membres du conseil d'administration en avril 1992 afin de comprendre les précurseurs (facteurs de risque) et les conséquences pour chacun des problèmes retenus (18). Puis, **en juin 1992**, le Ministre Monsieur Marc-Yvan Côté lance la Politique de santé et de bien-être précisant ainsi les orientations et stratégies en vue d'améliorer la santé d'ici l'an 2002 et **en décembre 1992**, il mandate les régies régionales de traduire les objectifs et de mettre en oeuvre un plan d'action à être déposé en décembre 1993.

Supporté par ces deux événements, le Comité objectifs de santé et de bien-être poursuit cette seconde phase par la reformulation des problèmes de santé et de bien-être en y intégrant «les précurseurs et les conséquences afin d'identifier les déterminants qui pourront être propices à des interventions efficaces⁴¹».

Puis, **en février 1993**, la Régie régionale lance un document intitulé **La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002**, ce document présente les vingt-deux problématiques résultant de l'étude sur la convergence établie entre la Politique de santé et du bien-être et le portrait de notre région.

Afin d'ajuster le processus de la planification stratégique préconisé, la Direction de la planification et de programmation supportée par le Comité de gestion organise une tournée de sensibilisation axée sur l'information quant aux problématiques retenues et à l'identification de pistes d'intervention.

41. Centre hospitalier régional de la Beauce, op. cit., p. 22.

Cette phase se termine par l'analyse de faisabilité dont l'aboutissement est «la sélection d'interventions jugées les plus aptes à prévenir ou à solutionner les problèmes»⁴². Cette étape sert également à l'élaboration du plan d'action dont le dépôt s'est fait en décembre 1993.

Pour notre part, nous constatons que le modèle de planification stratégique est respecté dans ses deux premières phases, car l'une a permis de compléter l'autre. Tel que mentionné dans la délimitation de cette étude, nous ne pouvons que commenter l'application de ces deux premières phases.

7.1 FORCES ET FAIBLESSES

Bien que ce modèle nous ait permis d'exploiter les phases «état de situation» et «analyse et stratégie», la poursuite du processus, soit la phase «implantation» se fera dès la mise en oeuvre des programmes découlant de plan d'action et ce, en collaboration avec les divers partenaires. Retenons que par implication de ces derniers,

«il importe, selon la nature du lien qui lie les partenaires, de déterminer, au moins de façon minimale, le partage des rôles, des responsabilités et des tâches attendues de la part»⁴³ de chacun lors de cette phase.

Concernant la phase «évaluation», «c'est par l'appréciation du processus, des activités réalisées, des résultats atteints, de l'impact et des coûts des

42. Centre hospitalier régional de la Beauce, op. cit., p. 22.

43. Centre hospitalier régional de la Beauce, op. cit., p. 22.

programmes que se conclut le processus»⁴⁴ de la planification stratégique. Cette phase devra se réaliser d'ici trois ans, selon la mandat donné à la Régie régionale dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être.

Si l'expérience était à reprendre, les acteurs devraient s'assurer, dès le départ, de certains éléments tels qu'un mandat clair avec des objectifs réalistes, des partenaires identifiés et un échéancier pour chacune des phases.

De plus, ce modèle permet souplesse et ajustement en cours de processus à l'organisation qui, sans cesse, est influencée par son environnement et que celui-ci est continuellement en changement. Donc, un modèle intéressant à utiliser pour toute organisation qui doit amorcer une démarche de planification.

44. Centre hospitalier régional de la Beauce, op. cit., p. 22.

CONCLUSION

La problématique de cette étude a pris assise sur la planification stratégique appliquée à la détermination des priorités de santé et de bien-être. À travers ses différents chapitres, notre étude nous a amenée à travers les phases du modèle adapté de Henrik L. Blum soit de l'état de situation à l'analyse des résultats. Les principales opérations ayant marqué cette démarche sont à notre avis au nombre de quatre.

L'identification des problématiques de santé et de bien-être de la région

Plusieurs actions ont permis d'identifier des problèmes de santé et de bien-être concernant la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Rappelons-nous le sondage chez le personnel qui en dénombrait 244, puis lors d'un premier ordonnancement, 26 problèmes ont été retenus. À la suite d'un travail exhaustif de la part des professionnels du Conseil régional pour documenter chacun des problèmes et d'une étude sur les problèmes sociaux, les problématiques ont été bonifiées et regroupées. Ce travail d'entonnoir en a fait ressortir dix-huit. Finalement, la convergence entre la Politique de santé et de bien-être et les problèmes identifiés en région, vingt-deux s'en sont dégagés et demeurent les problèmes prioritaires en région.

La Politique de la santé et du bien-être

La diffusion de la Politique de la santé et du bien-être s'est fait attendre et a fourni à maintes reprises, prétexte pour retarder la diffusion à l'externe des problématiques. Mais dès son dépôt, beaucoup d'événements se sont précipités tels : les élections des membres de l'Assemblée régionale, la constitution et l'entrée en fonction du nouveau conseil d'administration, la

transformation du Conseil régional en Régie régionale et, l'implication essentielle des partenaires dans l'atteinte de notre mission soit «d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'ici l'an 2002».

Les rencontres de sensibilisation

Point culminant de cette étude ayant permis une première approche auprès des partenaires qui se sont investis dans cette démarche. Selon eux, à partir des forces du milieu la région est en mesure d'améliorer sensiblement les problèmes touchant les jeunes, les personnes âgées, les démunies et toutes celles souffrant d'isolement et d'appauvrissement.

En outre, l'ensemble des pistes d'intervention identifiées par les participants des diverses rencontres tenues dans les MRC, par les membres du conseil d'administration et par les professionnels ont servi à l'élaboration du plan d'action global, déposé, comme il se devait, au ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 1993.

L'analyse de faisabilité

Les constats faisant suite à l'analyse de faisabilité ont permis aux gestionnaires de prendre un certain recul et, de resituer pour l'ensemble du personnel, les mandats des différentes directions en lien avec le dossier «objectifs de santé et de bien-être».

Puis, tenant compte d'échéanciers plus réalistes, une seule direction, soit la Direction de la santé publique, a reçu le mandat de concevoir le plan d'action mettant en relation les objectifs, les problèmes, les facteurs de risque, les stratégies et les interventions.

Ces quatre moments furent déterminants pour l'accomplissement du cercle de la planification stratégique. Car en plus de déterminer des priorités, les membres du Comité objectifs de santé et de bien-être ont été confrontés à une remise en question d'une démarche qui ne se faisait qu'à l'interne. La Politique de la santé et du bien-être a donc, dans une certaine mesure, obligé les gestionnaires à informer la population sur les problématiques de santé et de bien-être les concernant.

Puis, parallèlement à ces quatre opérations, nous concluerons sur l'implication des partenaires et leurs perceptions en ce qui a trait à cette démarche.

Concernant les professionnels de la Régie régionale, leur implication fut nécessaire et essentielle tout au long du processus afin de documenter les problèmes, les analyser et les ordonnancer. Bien que ces opérations furent laborieuses et contraignantes en raison des délais, ces acteurs prioritaires y ont participé avec dynamisme et confiance.

Concernant les membres du conseil d'administration, ceux-ci se sont ajoutés afin de s'approprier le contenu des vingt-deux problématiques de santé et de bien-être et de prendre part à la démarche en cours. Leur apport fut déterminant, sans leur attitude d'ouverture, leur complicité et leur participation, nous n'aurions certes pas atteint notre objectif.

Concernant la population en général, ces autres partenaires provenaient des cinq municipalités régionales de comté et de secteurs différents (voir Tableau 5, page 52). Par leur participation lors de la tournée de

sensibilisation, ceux-ci, malgré un certain scepticisme en regard de cette consultation et des suites que donnera la Régie régionale, se sont impliqués afin de commenter les problèmes et faire ressortir des pistes de solutions concrètes. Et, à partir des évaluations produites par les participants, nous observons que ces personnes ont démontré de la satisfaction d'avoir eu l'occasion d'émettre et de partager leurs opinions et ainsi, s'impliquer dans les l'identification de pistes d'intervention pour améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population de notre région.

L'approche de partenariat avec les différents secteurs de la population est amorcée mais d'autres pas restent à faire tels que sensibiliser les gens périodiquement par une publicité simple et dynamique, les impliquer dans les décisions en regard d'actions à mettre en place et, finalement, en faire des partenaires à part entière.

BIBLIOGRAPHIE

Blum, Henrik L., 1981, **Planning for Health**, Generics for the Eighties, Second Edition, Human Science Press, New York, 462 pages.

Cadotte-Bergeron, Jeannine, 1992, **La convergence entre la Politique de la santé et du bien-être et les problématiques identifiées en Abitibi-Témiscamingue et les objectifs proposés par le CRSSSAT**, Rapport synthèse, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 49 pages.

-----, 1993, **Résultats de la tournée des territoires de municipalité régionale de comté (MRC) dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être**, Rapport par MRC et Rapport synthèse, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Cadotte-Bergeron, Jeannine et Nicole Berthiaume, 1993, **La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue ... vers l'an 2002**, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 127 pages.

Centre hospitalier régional de la Beauce, 1988, **La démarche méthodologique du plan de santé**, Département de santé communautaire, Beauce, Québec, 61 pages.

Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1984, **Objectif : santé, Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé**, Gouvernement du Québec.

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1990, **Processus de priorisation des problèmes sociosanitaires : Description du processus et guide pour votation**, Document de travail.

Gauthier, Benoît et al., 1992, **Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données**, Édi. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, Québec, 584 pages.

Lamoureux, Andrée et al., 1992, **Une démarche scientifique en sciences humaines - Méthodologie**, Édi. Études Vivantes, Montréal, 638 pages.

Legendre, Rénauld, 1993, **Dictionnaire actuel de l'éducation**, 2e édition, Édi. Guérin et ESKA, Montréal et Paris, 1500 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, **Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - Orientations**, Gouvernement du Québec, 147 pages.

-----, 1992, **La Politique de la santé et du bien-être**, Gouvernement du Québec, Québec, 192 pages.

Petit, Bélanger, Benadou, Faucher et Bergeron, 1993, **Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines**, Gaëtan Morin éditeur, Québec, Canada, 775 pages.

Pineault, Raynald et Carole Daveluy, 1986, **La planification de la santé - concepts, méthodes et stratégies**, Agence d'Arc Inc. (les éditions), Ottawa, 481 pages.

Porter, Michaël E., 1982, **Choix stratégiques et Concurrence, techniques d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie**, Édit. Économica, Paris, 426 pages.

Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt, 1988, **Manuel de recherche en sciences sociales**, Bordas, Paris, 271 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1994, **Plan d'action détaillé en matière de santé et de bien-être**, Version préliminaire, document déposé au comité de gestion, Rouyn-Noranda, 78 pages.

-----, 1994, **Plan d'action global en matière de santé et de bien-être**, Document adopté par le conseil d'administration, Rouyn-Noranda, 116 pages.

-----, 1993, **Stratégies régionales en matière de santé et de bien-être**, Direction de la santé publique, Document déposé au conseil d'administration, Rouyn-Noranda, Pages multiples.

Wils, Thierry, Jean-Yves Le Louarn et Gilles Guérin, 1991, **Planification stratégique des ressources humaines**, Presses de l'Université de Montréal, 318 pages.

ANNEXES

ANNEXE 1
PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Ce processus part de l'état de situation initial, passe par l'établissement de priorités, l'analyse des priorités, l'élaboration de programmes, leur mise en oeuvre jusqu'à l'évaluation de l'impact des actions entreprises. L'intention de cette recherche dans le cadre de la Maîtrise en éducation se situe dès la première activité soit l'«état de situation» et, en amorce de la deuxième soit «analyse et stratégie».

La première étape «état de situation» relève les principales activités ayant permis de dresser le portrait de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue. La deuxième étape, «analyse et stratégie», comprend toutes les opérations entourant l'identification d'interventions et, plus précisément, la tournée de sensibilisation dans les MRC. Celle-ci est le pivot de cette démarche étant l'une des phases cruciales pour élaborer le plan d'action régional, lequel sera déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 1993. Les principales opérations sont les suivantes :

. Détermination des problèmes

- Liste de tous les problèmes possibles existants en région
- Classement et ordonnancement des problèmes

. Identification des problèmes prioritaires pour l'Abitibi-Témiscamingue

- Documentation des problèmes

- Validation du contenu
- Diffusion de l'ensemble des problèmes prioritaires de santé et de bien-être (contexte entourant cette diffusion restreinte)
- Sensibilisation auprès des professionnels de notre organisation

. Identification d'interventions en vue d'élaborer un plan d'action régional en matière de santé et de bien-être

- Identification d'interventions par les professionnels de la Régie régionale
- Sensibilisation des problématiques et identification d'interventions par les membres du conseil d'administration
- Tournée de sensibilisation dans les territoires de municipalité régionale de comté (MRC)
- Analyse de faisabilité des interventions par les professionnels
- Identification des priorités en matière de santé et de bien-être par les membres du conseil d'administration
- Approbation par l'Assemblée régionale des priorités qui serviront d'assise au plan d'action régional en matière de santé et de bien-être.

Cette démarche se faisant de concert avec les acteurs concernés par le processus de planification, la direction générale, après s'être assuré du consensus, précise la mission et les orientations de l'organisation pour les prochaines années :

**«Aux fins de maintenir et d'améliorer la santé globale de sa population,
la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue,
planifie, organise, met en oeuvre et évalue des programmes de santé
et de services sociaux dans le respect des priorités régionales.»**

Tout en tenant compte des stratégies d'orientation¹ préconisées par le MSSS dans le cadre de la «Politique de la santé et du bien-être» :

- Favoriser le renforcement du potentiel des personnes*
- Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires*
- Améliorer les conditions de vie*
- Agir pour et avec les groupes vulnérables*
- Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être*
- Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.*

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, juin 1992.

ANNEXE 2

CRITÈRES DE FAISABILITÉ DES INTERVENTIONS

PERTINENCE ET EFFICACITÉ

Degré d'apport positif

- *Représente quelque chose de significatif en vue d'améliorer la santé et le bien-être et en lien avec les précurseurs*

Importance d'agir

- *Selon l'impact de ce facteur de risque sur la santé et le bien-être*
- *Selon l'opportunité stratégique*
 - . *timing et momentum*
 - . *intérêt exprimé par la communauté, les intervenants et le réseau (volonté d'agir)*

Degré d'utilité

- *Degré d'utilité attendu en fonction du moyen mentionné dans le libellé d'intervention et que la solution proposée est reconnue comme efficace*

CONCORDANCE

En lien direct avec les stratégies d'action de la Politique de la santé et du bien-être

- . *Favoriser le renforcement du potentiel des personnes*
- . *Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires*
- . *Améliorer les conditions de vie*
- . *Agir pour et avec les groupes vulnérables*
- . *Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être*

- . Orienter le système de santé et de services sociaux vers la recherche des solutions les plus efficaces et les moins coûteuses

En lien direct avec les orientations stratégiques de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

- . Favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie
- . Favoriser le support à la famille et à la jeunesse
- . Privilégier le préventif plutôt que le curatif
- . Intégrer la dimension des inégalités sociales dans le processus de décision

En lien direct avec la mission et les fonctions de la régie régionale selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux

La régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre.

Elle a aussi pour objets :

- . *d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;*
- . *d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre et de les soumettre à l'approbation de l'Assemblée régionale par l'article 418;*
- . *d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale obtenu de la manière prévue au paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 369;*
- . *d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;*

- . *d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions visées à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;*
- . *de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;*
- . *d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.*

FAISABILITÉ

S'intègre dans les programmes actuels

- *Plans régionaux d'organisation de services*
- *Modèles d'organisation de services*
- *Autres programmes (engagements actuels)*

Ressources disponibles

- *Humaines*
- *Matérielles*
- *Financières*

Volonté d'agir des acteurs

- *Des milieux concernés*

ANNEXE 3

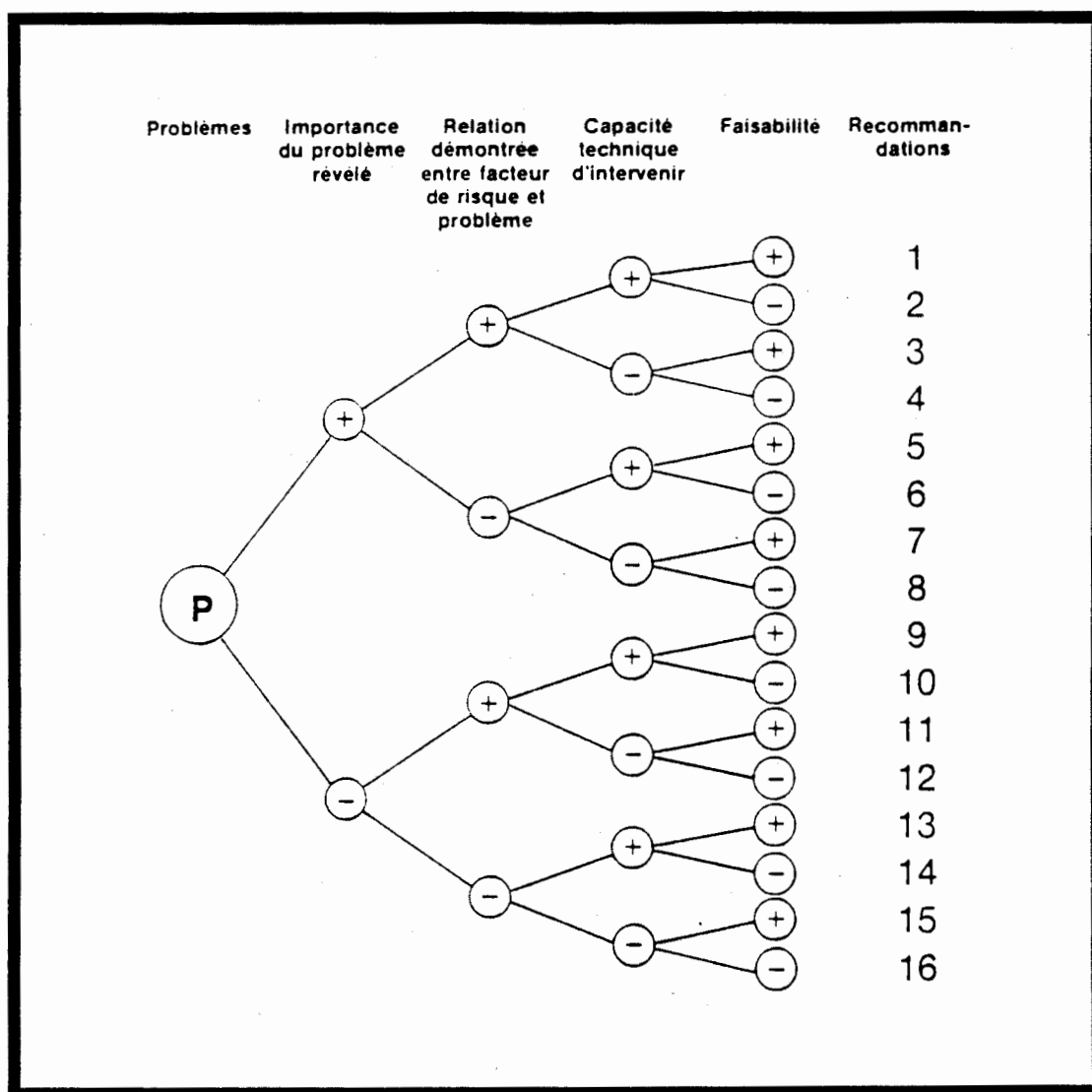
CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE

- **Conditions de vie**
 - conditions économiques (appauvrissement, emploi, pauvreté)
 - conditions de logement
 - conditions de travail
- **Habitudes de vie et comportements**
 - alcoolisme-toxicomanie
 - alimentation
 - activité physique
 - comportement sexuel (relations sexuelles non protégées, précoces, partenaires multiples, violence)
 - conduite dangereuse
 - hygiène dentaire
 - stress
 - tabagisme
- **Environnement physique et biologique**
 - agresseurs infectieux
 - barrières architecturales
 - contamination (sol, air, eau)
 - sécurité au travail
- **Environnement social**
 - absence de modèle
 - attitudes de la société (tolérance sociale, barrière sociale, préjugés, non responsable)
 - ça n'arrive qu'aux autres
 - épuisement des ressources
 - iniquité sociale (rapports hommes-femmes)
 - isolement
 - manque d'aide et de support aux enfants, aux adolescents, aux parents, aux couples
 - manque de support aux organismes
 - marginalisation (manque de place)
 - non recours aux services
 - rôle parental (compétence parentale)
 - valeurs

- **Système de soins et de services**
 - *accessibilité*
 - *coordination-concertation*
 - *éloignement*
 - *leadership*
 - *manque d'information*

ANNEXE 4

GRILLE D'ANALYSE POUR FORMULER DES RECOMMANDATIONS SUR LES PRIORITÉS



Source : PINEAULT, Raynald et DAVELUY, Carole, **La planification de la santé - concepts, méthodes et stratégies**, Agence d'Arc Inc. (les éditions), Ottawa 1986, p. 59.

ANNEXE 5

FACTEURS DE RISQUES ET INTERVENTIONS PAR CHAMP D'ACTIVITÉ

ADAPTATION SOCIALE

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS

Prenez note que le thème en gras est le facteur de risque ayant fait consensus et qu'il est suivi d'interventions pouvant prévenir celui-ci.

Rupture de la famille

- . *Favoriser la création d'un noyau familial afin de développer le sens de la famille*
- . *Sensibiliser la population en général, à partir des jeunes afin de revaloriser la famille, ses valeurs, sa fonction sociale*
- . *Apporter du support à la famille dès la rupture*
- . *Apporter du support avant la séparation, car la rupture se prépare*
- . *Permettre à l'un des parents, qui veut cesser de travailler, de revenir à la maison (respecter le choix personnel et non imposer) et ainsi permettre le retour aux valeurs traditionnelles*

Inégalités dans les rapports hommes-femmes

- . *Réduire les écarts sociaux et économiques entre les sexes par de nouvelles lois*
- . *Abolir la violence comme mécanisme de contrôle à l'endroit des femmes tant dans le cadre de la famille, dans les milieux de travail, en institution ou ailleurs par la mise en application des lois existantes*
- . *Modifier les valeurs et les institutions afin que les femmes atteignent l'égalité dans le monde du travail ou de la politique par l'application des lois existantes*
- . *Représenter équitablement les femmes sur les postes de direction*

- . *Soutenir l'action communautaire*
- . *Soutenir les programmes communautaires et les programmes de réseau existants pour les femmes et les enfants par de la prévention et de la sensibilisation*
- . *Mettre sur pied des mesures pour combattre la pauvreté des femmes*
- . *Contribuer aux changements de mentalité et d'attitudes*
- . *Se concerter et créer les ressources manquantes nécessaires*
- . *Développer le partenariat entre les ressources existantes du milieu communautaire, du réseau et du milieu scolaire (équipe multidisciplinaire, formation continue, échange) en vue d'intervenir auprès des enfants, des femmes et des hommes*
- . *Soutenir les familles dans l'apprentissage des rôles sociaux sur un mode égalitaire*
- . *Développer des programmes pour soutenir les hommes qui veulent cheminer dans une société plus égalitaire (ex. : groupe de soutien)*
- . *Redéfinir les rôles de la femme et de l'homme auprès des jeunes par des rencontres de discussion sur les rapports égalitaires*
- . *Développer la socialisation des adolescents en travaillant sur les attitudes qui sont à la base du contrôle, du pouvoir des hommes*

Absence de modèle social

- . *Mettre en place des actions préventives pour un meilleur dépistage en regard des déviations futures auprès des jeunes parents et d'enfants de maternelle*
- . *Valoriser les bons gestes auprès des jeunes et des adultes en utilisant les médias*

Appauvrissement

- . *Supporter les organismes communautaires qui oeuvrent dans les services*

- . *Élaborer (la Régie régionale) des plans triennaux pour le support financier aux organismes communautaires*
- . *Assurer une permanence au niveau des organismes communautaires*
- . *Développer une politique de plein emploi en Abitibi-Témiscamingue*
- . *Assurer une cohérence entre les programmes qui visent la même clientèle (le programme devrait viser l'individu et non l'organisme)*
- . *Développer les réseaux existants et cesser de créer des réseaux parallèles*
- . *Briser la loi du silence et ne pas se gêner de parler de la misère*
- . *Former les gens*
- . *Se prendre en charge par des cuisines collectives pour des repas à coûts modiques*
- . *Faciliter l'emploi auprès des adultes hommes ou femmes par de la formation (cours, rencontres)*
- . *Favoriser l'entrepreneurship pour diminuer la situation d'appauvrissement des familles monoparentales, des décrocheurs, des jeunes et des personnes vivant une situation d'appauvrissement*
- . *Créer des emplois par la fondation d'entreprises*
- . *Supporter les individus et les familles pour se réorienter lors de situations d'appauvrissement et pour conserver leur intégrité*
- . *Valoriser les compétences de toute personne appauvrie en enlevant les préjugés et les catégories*

Pauvreté

- . *Promouvoir des programmes de lutte à la pauvreté et de conscientisation de la population*

- *S'attarder plus particulièrement aux besoins des gens, à leurs réalités sociales et faire des pressions auprès des élus pour que des changements majeurs se produisent à ce niveau*
- *Mettre sur pied des comités de développement rural et local pour les personnes en situation de pauvreté*
- *Mettre sur pied des comités de citoyens pour faire consensus et de l'action sociale afin de mieux répondre aux besoins des gens en situation de pauvreté*
- *Diminuer le cloisonnement et impliquer des partenaires multiples dans la lutte à la pauvreté*
- *Poursuivre l'application du programme de distribution gratuite de lait à tous les enfants et les jeunes sur une base quotidienne*
- *Mettre sur pied des programmes, en milieu scolaire, pour enrayer les stéréotypes concernant l'obligation chez les enfants et les adolescents d'adhérer à des valeurs les obligeant à suivre les modes vestimentaires en encourageant l'individualité et la créativité dans les comportements des jeunes et en sensibilisant les parents à cette problématique*
- *Mettre sur pied, en concertation avec les CLSC et les commissions scolaires, un programme visant à aider les jeunes à planifier un budget*
- *Promouvoir le développement de l'emploi pour les familles en favorisant la création de petites et moyennes entreprises (PME)*
- *Promouvoir l'information auprès des familles concernant les ressources existantes pouvant leur venir en aide (ex. : Association coopérative d'économie familiale (ACEF))*
- *Développer et soutenir un réseau d'aide à la famille concernant les services suivants : HLM, comptoir dépannage, accès aux loisirs, système de transport, covoiturage, cuisines collectives, aide psychosociale*
- *Soutenir les intervenants bénévoles des réseaux d'aide par de la formation, des ateliers de motivation et de ressourcement et en mettant sur pied un système de recrutement de nouveaux bénévoles afin d'éviter leur épuisement et de favoriser la continuité des services*

- *Diminuer les préjugés et augmenter les connaissances en sensibilisant et en responsabilisant la communauté et les intervenants au phénomène de la pauvreté*
- *Unir les forces en favorisant la concertation entre les diverses ressources et les établissements*

Délinquance

- *Mettre en place des ressources adéquates répondant aux besoins des jeunes garçons*

Alcoolisme et toxicomanie

- *Outiller les parents et les familles d'un réseau d'entraide*
- *Faire de la prévention au niveau familial et au niveau scolaire en faisant en sorte que l'enfant dès son bas âge soit bien informé et éclairé sur les conséquences nocives de l'abus d'alcool*
- *Favoriser le dépistage en préscolaire chez les enfants vivant une situation familiale difficile tant aux niveaux biologique, psychologique que social par une publicité préventive et positive*
- *Organiser des rencontres auprès des jeunes où des témoignages de vécus démontreraient clairement jusqu'où une première expérience peut conduire*

Tolérance sociale trop élevée

- *Responsabiliser les gens et reconnaître leurs capacités de changement face aux problèmes sociaux concernant les femmes et les enfants*
- *Développer des programmes communautaires de sécurité dans la communauté par la concertation du réseau, de la communauté et de la municipalité*
- *Conscientiser la communauté à la violence envers les enfants, les femmes et les autres groupes vulnérables pour se diriger vers une tolérance zéro en la dénonçant et en impliquant les communautés*

- . *Promouvoir auprès de la population le respect des normes sociales existantes*
- . *S'informer des raisons qui suscitent une si grande tolérance au niveau de la justice*
- . *Requestionner les valeurs du système judiciaire et mettre des lois au service des individus (sens des valeurs)*
- . *Éviter de catégoriser les enfants à l'école en favorisant une meilleure intégration sociale*
- . *Éliminer les barrières culturelles en milieu scolaire en se donnant des mécanismes d'intégration sociale des jeunes*
- . *Responsabiliser la personne et la société à certaines valeurs*
- . *Intervenir en prévention auprès de la population*
- . *Abaissier le seuil de tolérance de la société en regard des problématiques*
- . *Améliorer les mécanismes de référence au système judiciaire et assurer le suivi*
- . *Susciter la collaboration inter-organisme afin de développer des modèles positifs de comportement*
- . *Dénoncer plus, mais de façon positive*
- . *Identifier des lieux d'influence dans les petites municipalités rurales et s'en servir pour promouvoir*
- . *Apprendre par des modèles positifs (éducation auprès des parents)*

Manque de place aux adolescents

- . *Consolider les ressources à la jeunesse et à la prévention*
- . *Impliquer les jeunes dans les structures de décision qui les concernent*
- . *Favoriser l'écoute et l'échange par des projets concrets dans le milieu tels «Place aux adolescents»*

Manque de support auprès d'enfants

- . *Supporter en milieu scolaire les enfants qui vivent des difficultés reliées à la violence*
- . *Supporter en milieu scolaire les enfants qui vivent une séparation*
- . *Supporter en milieu scolaire les enfants qui sont démunis et pointés du doigt*

Manque d'aide et de support aux parents

- . *Trouver des moyens pour supporter les parents dans leur rôle familial*
- . *Favoriser des services de garde adaptés et des horaires appropriés aux parents qui travaillent*
- . *Sensibiliser les parents à leurs responsabilités, qui sont d'abord d'aimer leurs enfants et leur prouver en les accompagnant dans toutes leurs démarches affectives, scolaires, sociales et sportives, par des groupes de rencontre*
- . *Supporter les parents dans leur rôle et les valoriser*
- . *Supporter les parents ou les adultes responsables d'enfants par différents moyens tels un lieu d'échange, de support et d'entraide pour leur permettre de prendre soin de leurs enfants et d'établir avec eux une relation de confiance en leur transmettant les valeurs comme le respect d'eux-mêmes et des autres*

Manque de conscientisation des intervenants

- . *Revoir la formation d'intervenants en adaptation sociale pour favoriser la conscientisation face aux besoins psychosociaux de la population*

Valeurs véhiculées

- . *Intervenir au niveau de la collectivité plutôt qu'être centré sur l'individu*
- . *Favoriser les groupes d'entraide*

- . *Retisser le tissu social, recréer des événements, refaire une concertation au niveau des institutions*
- . *Inviter la population à participer et lui faire comprendre qu'elle a le pouvoir de décider*
- . *Mieux localiser les personnes ressources*
- . *Analyser les forces du milieu*
- . *Aller dans les milieux, définir nos valeurs et s'habiller à en parler*
- . *Mettre en place des programmes de sensibilisation, de conscientisation, d'éducation visant le changement de valeurs sexistes et ce, auprès des jeunes*
- . *Élaborer des stratégies de promotion de la santé et du bien-être auprès des jeunes*
- . *Conscientiser les intervenants sur la nécessité de travailler à des changements en profondeur, se préparer et avoir une volonté ferme de lutter contre toute forme de sexisme, d'inégalités, de politiques sociales et économiques ayant comme effet d'opprimer encore davantage des personnes déjà vulnérables*
- . *Promouvoir les projets d'adolescents*
- . *Trouver des valeurs de rapprochement au niveau des adultes et des adolescents.*

SANTÉ PHYSIQUE

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS

Mauvaises habitudes de vie

- . *Apprendre aux gens à relaxer, c'est-à-dire se donner des responsabilités, ne pas se sentir obliger de tout faire*
- . *Promouvoir les activités physiques auprès de toutes les clientèles et particulièrement, des jeunes et de la famille*
- . *Développer une nouvelle philosophie de vie en sensibilisant davantage la population aux conséquences*
- . *Sensibiliser la population aux effets néfastes du soleil et donner de l'information quant aux moyens de protection*
- . *Responsabiliser l'individu et la collectivité en favorisant la prise en charge de leur état de santé*
- . *Informar la population sur les différentes méthodes alternatives (médecines douces)*
- . *Développer des mesures coercitives tant au niveau local, régional que provincial pour inciter les gens à mettre en pratique l'information reçue*
- . *Favoriser pour les femmes enceintes et allaitantes les programmes de nutrition par l'introduction de nutritionnistes en CLSC, par de l'accompagnement et un suivi du nourrisson*
- . *Utiliser les cliniques de vaccination pour rejoindre les enfants*
- . *Développer des programmes de nutrition en soins à domicile pour les personnes âgées et en milieu de travail pour les adultes*
- . *Assurer le suivi des personnes à risque*

Stress

- . Favoriser l'activité physique auprès de la population active
- . Aider les gens à identifier les facteurs de stress par des sessions de formation auprès de la population isolée
- . Favoriser la création et le support de groupes de formation, d'échange et d'entraide pour apprendre à mieux gérer ses émotions (refoulement, violence, colère, anxiété, stress) dans divers milieux et pour diverses clientèles
- . Faciliter des moments de détente et de réflexion à la maison
- . Promouvoir l'activité physique pour la famille et les enfants
- . Diffuser et rendre disponible aux travailleurs le programme «Comment gérer son stress»

Mauvaises habitudes alimentaires

- . Promouvoir l'utilisation du guide alimentaire canadien auprès des jeunes de 0 à 14 ans et leurs parents
- . Promouvoir l'utilisation du guide alimentaire canadien auprès des parents et des jeunes enfants
- . Remplacer les liqueurs par le jus dans les distributrices

Alcool / drogues

- . Améliorer les compétences parentales par des activités organisées par le CLSC entre autres

Tabagisme

- . Sensibiliser les jeunes et les consommateurs au bienfait de vivre sans fumée : par la diffusion d'informations et en rendant disponibles des moyens pour cesser de fumer

- . *Augmenter le nombre de non-fumeurs : par l'augmentation d'endroits réservés aux non-fumeurs et par le renforcement des politiques actuelles antitabac (billets, coûts)*
- . *Faire appel à la créativité des jeunes de moins de 14 ans afin que ce soient eux qui produisent une campagne de sensibilisation pour les jeunes (ex. : cassettes à leur école et à la maison)*
- . *Poursuivre et intensifier les campagnes de sensibilisation déjà produites pour la population en général (ex. : campagne «poumons roses»)*

Attitudes non sécuritaires

- . *Développer des attitudes sécuritaires par de l'éducation auprès des jeunes et de l'information en milieu de travail auprès des adultes*
- . *Promouvoir les équipements innovateurs et sécuritaires (ex. : concours)*
- . *Favoriser la recherche en ce sens*

Accidents cérébraux-vasculaires (ACV)

- . *Sensibiliser la Régie à ce problème et développer des ressources en région concernant la réadaptation (aphasie) des victimes d'accidents cérébro-vasculaires*

Lourdes charges

- . *Inciter les personnes à mettre en pratique leurs connaissances en ce qui a trait au déplacement de lourdes charges en milieu de travail*

Pollution de l'air (incluant la pollution intérieure)

- . *Supporter les citoyens dans leur lutte contre la pollution (ex. : comités de citoyens «Quartier Noranda»)*

Non partage de responsabilités

- *Conscientiser les personnes dans divers milieux (école, famille, autres) aux responsabilités partagées (responsabilités des individus via des patrons, des autorités ou des parents face aux risques pour leur santé par des campagnes de promotion et de sensibilisation) et, plus spécifiquement en milieu de travail face à la prévention des maux de dos ou autres risques pour leur santé*

Pauvreté et isolement

- *Favoriser l'émergence de réseaux d'entraide et les supporter pour en assurer la continuité et une prise en charge par et pour les femmes (ex. : cuisine collective, halte-garderie)*
- *Favoriser la création et le support de groupes d'entraide dans les milieux communautaires en vue d'améliorer les conditions de vie personnelles et le réseau d'appartenance*
- *Valoriser le réseau naturel d'aide (la famille) en vue de briser l'isolement des femmes, des personnes âgées, des jeunes filles enceintes, des jeunes mères et des personnes consommatrices de tabac, de drogues et de médicaments*
- *Favoriser la communication et enrichir les valeurs santé (saines habitudes de vie)*

Le jeune âge

- *Usage de véhicules motorisés par les jeunes dont les motoneiges et les véhicules de ferme en élaborer un programme d'information spécifique aux clientèles enfants, adolescents, jeunes adultes et parents dans le but de les sensibiliser, en milieu scolaire et en milieu public, aux risques encourus par certains comportements (vitesse, jeune âge) et diminuer l'incidence des accidents par des mesures préventives.*

SANTÉ PUBLIQUE

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS

Attitude «ça n'arrive qu'aux autres» dans le cadre de la propagation des MTS et du Sida

- . *Intégrer les parents et les adultes dans les stratégies de sensibilisation MTS-SIDA en milieu scolaire ou autres*
- . *Aller voir les jeunes de 12-17 ans pour savoir de quoi ils veulent entendre parler*
- . *Aller chercher les jeunes de 12-17 ans pour organiser des moyens de sensibilisation*
- . *Utiliser des moyens déjà existants (films, vidéo) aux maisons de jeunes, lors de discussions, etc. pour les sensibiliser afin qu'ils se sentent concernés*
- . *Aborder l'aspect psychologique de la sexualité dans nos messages, pas seulement le côté «technique» (anatomique) avec les jeunes de 12-17 ans*
- . *Organiser, pour les 12-18 ans, conjointement avec les commissions scolaires, l'enseignement collégial et les maisons de jeunes des conférences-témoignages de personnes qui ont vécu le même problème (ex. : sida, drogue)*
- . *Sensibiliser les adultes et la population en général par une campagne de publicité gouvernementale (genre participation) avec le message «ça peut arriver à tout le monde»*
- . *Développer des outils pédagogiques pour mieux informer les jeunes de 9-10 ans et les adolescents et sensibiliser préalablement les parents aux divers contenus*
- . *Interpeller l'individu sur sa responsabilité individuelle et collective*
- . *Susciter la collaboration des parents et des enseignants quant à l'éducation sexuelle des jeunes (rencontres d'échange d'information avec les parents)*
- . *Utiliser les bonnes personnes ressources pour dispenser l'information auprès des jeunes*

- . *Se donner, en tant que société, des stratégies (moyens) pour prendre connaissance de ses responsabilités : changer les mentalités en exploitant davantage les médias*
- . *Distribuer gratuitement et de manière fonctionnelle des outils de prévention dans la rue et auprès des organismes pour les jeunes adultes*
- . *Instaurer pour la population en général des programmes de formation et d'information en sexualité*
- . *Supporter les intervenants qui réalisent déjà des projets*
- . *Utiliser des moyens accrocheurs pour atteindre les clientèles à risque en vue de changer des comportements*
- . *Distribuer aux toxicomanes des seringues gratuitement et de manière fonctionnelle*
- . *Promouvoir une maturité en regard de la sexualité chez les jeunes (12 ans et plus) et les adolescents*
- . *Accroître les habiletés des parents et des intervenants à conseiller les jeunes (12 ans et plus)*
- . *Augmenter l'accessibilité au condom (ex. : écoles secondaires, dépanneurs ou autres) pour les jeunes de 12 ans et plus par l'augmentation des ressources du milieu*
- . *Mettre en place une stratégie de communication pour rendre attrayant l'utilisation du condom en vue d'augmenter son utilisation par les jeunes (12 ans et plus)*

Faible participation au programme gratuit de soins dentaires et problèmes dentaires

- . *Promouvoir l'accès gratuit à des soins dentaires auprès des familles à faible revenu
(ex. : dépliant avec chèque d'allocations familiales)*
- . *Insister pour que le programme volet-santé de l'éducation personnelle et sociale du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) soit mis en application dans toutes les écoles auprès des jeunes de 10-15 ans*

- . *Assurer un suivi auprès des jeunes de 18 mois sur les services dentaires en même temps que le rappel pour l'immunisation et l'intégrer au carnet de santé*
- . *Offrir aux familles à faible revenu les services dentaires publics dans le réseau*
- . *Permettre l'élargissement du rôle d'hygiéniste dentaire*
- . *Maintenir les soins dentaires gratuits aux enfants*
- . *Analyser les causes liées à la malocclusion (problème d'orthodontie) chez les autochtones*
- . *Sensibiliser les autorités municipales aux bienfaits de la fluoration (position non partagée par tous) pour la santé dentaire des enfants et des adolescents*
- . *Promouvoir l'hygiène buccale et les bonnes habitudes alimentaires chez les jeunes et les adolescents par de l'information*

Maladies infectieuses

- . *Privilégier le droit collectif plutôt que le droit individuel en ce qui regarde la santé publique pour la protection des enfants contre les maladies infectieuses*
- . *Établir un système de rappel de vaccination pour les adolescents*

Pauvreté

- . *Accepter et intégrer les personnes sur l'assistance sociale à des emplois valorisants pour elles*
- . *Financer normalement les ressources communautaires disponibles*
- . *Supporter et susciter des initiatives communautaires accessibles aux familles dites à risque (de faible revenu) qui leur donnent du pouvoir sur leur vie (ex. : cuisines collectives, jardins communautaires)*
- . *Augmenter l'autonomie des personnes vivant une situation de pauvreté*

Manque d'autonomie

- . *Assister les plus démunis (personnes à faible revenu) au niveau de l'organisation des besoins primaires*

Isolement social

- . *Financer normalement les ressources communautaires disponibles pour les sans-abri*

Inégalités socio-économiques

- . *Démontrer les conséquences de la pauvreté sur la santé et «forcer» des actions dans la communauté (ex. : mesures d'accès à l'emploi)*
- . *Favoriser l'accès à la planification budgétaire des gens à faible et moyen revenus pour maximiser l'utilisation des ressources*

Changements sociaux (éclatement des valeurs)

- . *Tendre davantage vers la responsabilisation individuelle des jeunes adolescents plutôt que leur transmettre seulement de l'information en regard de leurs droits*
- . *Élaborer des programmes d'éducation pour la population et développer des groupes d'aidants naturels dans la communauté*
- . *Proposer des programmes de sensibilisation aux rôles de la femme et de l'homme pour les jeunes particulièrement et pour les femmes de 15-24 ans : rencontres d'échange sur les valeurs*
- . *Mettre sur pied des groupes d'entraide pour les jeunes particulièrement et pour les femmes de 15-24 ans*
- . *Faire de la place aux personnes défavorisées en leur permettant de faire connaître leur vécu*
- . *Mettre en place des mécanismes pour donner une place aux valeurs traditionnelles*

Lacunes au niveau de la compétence parentale

- . Réduire les lacunes au niveau de la compétence parentale en favorisant la mise en commun entre parents des situations, des comportements et des solutions possibles pour une sexualité épanouissante et sécurisante
- . Organiser des groupes de rencontres de parents et d'adolescents pour favoriser le partage entre pairs sur différents sujets (conflits de génération, drogues, alcool, sexualité)
- . Organiser des causeries, des échanges entre parents et personnes ressources sur des thèmes choisis
- . Augmenter les échanges et les liens entre les parents et l'école sur les valeurs (valeurs familiales, implication des parents dans l'éducation, ...) afin d'assurer la continuité des messages véhiculés par l'école

Instabilité des unions

- . Promouvoir entre les couples le dialogue par le partage d'informations (rencontres)

Mauvaises habitudes alimentaires

- . Élaborer une source d'approvisionnement alimentaire accessible à la clientèle défavorisée (familles) en vue d'établir des habitudes de vie saines dans les milieux démunis
- . Promouvoir au sein de la population le guide alimentaire de façon systématique en le faisant publier dans les revues et les périodiques durant le mois de la nutrition (mars)
- . Sensibiliser les chaînes d'épicerie ou épicerie à promouvoir une bonne alimentation en choisissant par exemple de faire des coupons-rabais sur les produits de santé

Consommation d'alcool

- . Encadrer les activités spécifiques aux jeunes (12-18 ans) en contrôlant plus

strictement la circulation d'alcool

- . *Supporter la poursuite des activités de la Maison des jeunes pour que les jeunes de 12-15 ans aient accès à des activités sans alcool*
- . *Créer des endroits où les jeunes de 15 à 18 ans peuvent se développer et réaliser des projets qui les intéressent (activités sans alcool)*

Contamination des puits domestiques

- . *Promouvoir l'alimentation en eau potable de qualité auprès des utilisateurs de puits domestiques :*
 - . *en les sensibilisant et les informant de manière répétitive et à des moments opportuns (ex. : au printemps) par les médias*
 - . *en les sensibilisant et les informant sur l'association entre la contamination de l'eau et les problèmes de santé (ex. : la gastro-entérite) et en illustrant ces conséquences*
 - . *par des séances d'information avec des groupes de propriétaires de puits et leur famille sur la manière de résoudre le problème en identifiant les solutions possibles*
 - . *en sensibilisant les jeunes (multiplicateurs de l'information) en milieu scolaire*
 - . *en sensibilisant individuellement ces utilisateurs lors de la remise des résultats d'analyse d'eau*
- . *Obliger chaque propriétaire de puits à faire analyser son eau au moins une fois par année par la mise en place d'un règlement municipal*
- . *Rendre accessible les analyses d'eau des propriétaires de puits domestiques*
- . *Mettre en place un réseau d'inspecteurs itinérants pour un contrôle annuel de surveillance des puits domestiques*
- . *Mettre à la disposition des propriétaires de puits un service gratuit d'analyse d'eau et une banque de solutions pouvant s'adapter aux problèmes identifiés*

Pollution environnementale

- . *Mettre en place des règlements pour faire cesser les grands pollueurs (entreprises)*
- . *Promouvoir auprès de la population en général, le recyclage et la récupération des produits en vue de protéger l'environnement*
- . *Mettre à jour les études concernant les effets sur la santé et sur l'environnement des parcs à résidus miniers*
- . *Diffuser les résultats de ces études à l'ensemble de la population*
- . *Évaluer le résultat de projets qui ont été réalisés pour remédier à des situations semblables (décontamination de parcs à résidus miniers).*

SANTÉ MENTALE

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS

Les participants trouvent important de ne pas dissocier les facteurs de risque reliés à la détresse psychologique, aux troubles mentaux et aux comportements suicidaires. Ces facteurs de risque sont communs aux problématiques.

Manque d'information sur la maladie mentale

- . *Démystifier la maladie mentale en simplifiant l'information pour la rendre accessible au citoyen en général*
- . *Briser l'isolement des familles et des individus aux prises avec la maladie mentale en la démystifiant*

Isolement social

- . *Mettre sur pied des lieux de rencontres pour personnes seules (veuves et célibataires) et des «parler pour parler»*
- . *Mettre sur pied des mécanismes d'accueil, d'information et de référence pour les nouveaux arrivants et les personnes âgées*
- . *Décloisonner les groupes sociocommunautaires dans le sens de «décatégoriser» ces groupes en vue de diminuer l'isolement social des personnes âgées*
- . *Enrayer l'isolement des personnes (personnes vivant seules, personnes âgées, personnes à faible revenu et personnes ayant des problèmes de santé mentale) en décentralisant des services communautaires (santé, loisirs, autres) en vue de répondre plus adéquatement à leurs besoins*
- . *Créer un système de transport collectif à but non lucratif pour les personnes à faible revenu, les personnes âgées, les personnes vivant seules*

Manque de soutien aux organismes communautaires

- . Favoriser le développement de groupes d'entraide ainsi que de l'entraide intergroupes pour les personnes seules, adultes, adolescents et personnes âgées
- . Assurer la permanence des organismes communautaires
- . Assurer un siège permanent à la Régie (budget récurrent) pour les organismes communautaires
- . Renforcer les organismes existants avant d'en développer d'autres (éviter le dédoublement)
- . Reconnaître dans les faits la compétence du réseau communautaire en les impliquant dans toutes les étapes de l'organisation de services
- . Canaliser les demandes d'aide des usagers (identifier un endroit unique)

Abus d'alcool et de drogues

- . Sensibiliser les 12-17 ans sur les conséquences néfastes dans les écoles, les maisons de jeunes (utiliser les médias)
- . Responsabiliser les jeunes et les adultes (commencer auprès de certains groupes sociaux tels que : hockey, Rotary, Kinsmen)
- . Sensibiliser les jeunes et les adultes aux conséquences de l'abus d'alcool et de drogues

Conditions socio-économiques

- . Valoriser le secteur professionnel pour contrer l'abandon scolaire chez les jeunes adultes
- . Mettre sur pied des garderies gratuites pour les familles monoparentales défavorisées

- . *Opter pour une politique de développement de l'emploi particulièrement pour les jeunes et les adultes*
- . *Favoriser la cohabitation des personnes âgées seules*
- . *Créer des groupes d'entraide pour les personnes âgées*
- . *Favoriser l'implantation de cuisines collectives pour la clientèle âgée*
- . *Mettre en place une politique fiscale (imposition de toutes les entreprises et des hauts salariés, pas d'exemption d'impôt - crédits d'impôt pour les entreprises qui investissent dans la création d'emplois)*
- . *Développer plus de projets dans le programme DÉFI avec stages rémunérés pour la clientèle jeune et adulte*
- . *Compléter la formation en milieu de travail avec un emploi potentiel pour les décrocheurs scolaires*
- . *Créer des usines écoles pour les décrocheurs scolaires*

Stress dû au manque d'information sur le processus normal de vieillissement

- . *Sensibiliser les personnes âgées et leur entourage au processus normal de vieillissement par des rencontres et des ateliers auprès d'organisations (clubs de l'âge d'or, pavillons, centres de jour) pour personnes âgées en vue de mettre en place des moyens concrets d'adaptation à cette étape de la vie*

Préjugés (pression sociale via la clientèle en difficulté plus forte dans les petites communautés)

- . *Faire connaître les ressources existantes dans la communauté et leur rôle respectif par un programme d'information adapté à la région auprès de la population (municipalités, médecins et autres intervenants) en vue de diminuer les préjugés défavorables envers les personnes et les groupes qui utilisent ses services en tenant compte des valeurs culturelles du milieu*

- *Sensibiliser la population par des témoignages de personnes qui s'en sont sorties, des rencontres d'échanges et des kiosques d'information*
- *Démystifier avec l'aide de personnes qui vivent des problèmes de santé mentale (légers ou lourds) lors de rencontres, pièces de théâtre, etc. afin de mieux comprendre et de diminuer les craintes et préjugés en regard de la santé mentale*
- *Rendre disponibles le matériel (feuillet, affiches) et des locaux pour informer et sensibiliser l'ensemble de la population*
- *Former et informer les personnes vivant des problèmes de santé mentale face à leurs droits et par l'entremise d'organismes de défense des droits (ex. : Le R.A.I.D.D.)*
- *Les aider en les orientant vers les bonnes ressources et en renforçant les organismes de défense des droits*
- *Organiser une conférence régionale qui permettrait de mieux comprendre les différentes cultures et ainsi mettre à contribution le potentiel des différents groupes*

Manque de communication

- *Favoriser le rapprochement des adultes et des jeunes, des groupes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux, des communautés autochtones et blanches par des rencontres, conférences, des sessions de résolution de problèmes, de gestion du stress et d'apprentissage à la communication en vue :*
 - *de grandir et partager ensemble*
 - *de briser les barrières entre les groupes*
 - *de favoriser auprès de tous les groupes une perception de vie saine*

Rupture des valeurs culturelles et spirituelles

- *Soutenir les projets sous-régionaux permettant les échanges de points de vue entre les groupes composant la communauté (y compris les différentes ethnies)*
- *Renforcer la politique familiale par différentes mesures de soutien*

Pauvreté

- . *Permettre aux personnes à faible revenu d'échanger sur leurs conditions de vie difficiles et d'exprimer leurs besoins tout en démystifiant la pauvreté et leurs besoins de base par la création de lieux de rencontres*
- . *Mettre en place une corporation en vue de créer des unités de logements (à prix modiques) subventionnés, dans le secteur, pour la clientèle dans le besoin (personnes à faible revenu, personnes vivant seules, personnes ayant des problèmes de santé mentale)*
- . *Supporter la réalisation de rencontres en petits groupes auprès des familles monoparentales en vue d'échanger sur les difficultés rencontrées et les solutions réalistes pouvant améliorer les conditions de vie de ce groupe*
- . *Convenir des façons de faire (syndicats - employeurs) pour favoriser la création d'emplois en visant l'intégration de personnes sans revenu*
- . *Créer des emplois dans tous les secteurs et dans différents domaines d'activité pour les personnes ayant ou vivant des obstacles à l'intégration sociale*
- . *Valoriser le travail comme valeur de base auprès des adultes et des adolescents*

Manque d'emploi chez les jeunes (17-25 ans)

- . *Développer des projets collectifs en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes psychiatisées ou ayant des problèmes de santé mentale*
- . *Alléger la bureaucratie pour le développement de jeunes entreprises*
- . *Aider les jeunes à partir une nouvelle entreprise*

Perte d'emploi (des 45-60 ans)

- . *Faire connaître les compétences des gens dans leur communauté*
- . *Créer des emplois utiles dans la municipalité et dans les entreprises pour réintégrer les personnes sans revenu, en chômage ou bénéficiant d'aide sociale, sur le marché du travail (rendre les gens utiles)*

- . *Développer la formation pour les personnes sans revenu, en chômage ou bénéficiant d'aide sociale*
- . *Faciliter le retour à l'école pour les 45-60 ans qui perdent leur travail*
- . *Intégrer dans des organismes bénévoles et communautaires les 45-60 ans qui se retrouvent sans emploi*
- . *Intéresser les entreprises à l'utilisation d'une main-d'oeuvre qualifiée*

Agressions sexuelles

- . *Faire connaître les ressources disponibles à l'ensemble de la population en faisant de la sensibilisation dans les écoles et le public*
- . *Créer des groupes de rencontres d'hommes agresseurs (formation via sexualité via responsabilité)*

Absence du père pour l'éducation des enfants

- . *Intégrer les pères dans les cours prénataux et adapter les programmes en vue de les supporter dans l'apprentissage du rôle paternel*

Manque de soutien aux parents et aux familles

- . *Développer des alternatives pour améliorer le rôle parental dans tous les types de familles (pauvres ou les deux parents au travail qui manquent de disponibilité) comme par exemple des programmes de support au rôle parental pour les parents et les grands-parents*
- . *Mettre sur pied des groupes d'entraide et de support de parents et de grands-parents en vue d'améliorer la compétence parentale*

Absence de ressources pour les personnes en difficulté

- . *Supporter les groupes communautaires visant le support et l'entraide pour les hommes en détresse par des intervenants masculins*

- . *Supporter financièrement les organismes communautaires visant le support et l'entraide des individus en difficulté et des groupes (hommes, femmes, enfants, communautés)*
- . *Mettre en place des projets axés sur une approche globale de la santé (vision hollistique)*
- . *Élaborer des programmes qui misent à mettre en place des agents multiplicateurs dans les milieux de vie plutôt que la prise en charge par les experts «hors milieux ou loin des milieux de vie»*

Manque de services spécialisés

- . *Développer une petite unité de quelques lits en soins psychiatriques de courte durée, au Témiscamingue, afin de maintenir les personnes aux prises avec un problème de santé mentale le plus près possible de leur milieu de vie*

Manque de leadership, coordination et concertation

- . *Coordonner au niveau régional les forces et les ressources oeuvrant en santé mentale*
- . *Mettre en place des mécanismes et des outils pour supporter la concertation des acteurs concernés par la santé mentale*

Alcoolisme et autres toxicomanies reliés au suicide

- . *Formuler des interventions préventives et curatives auprès de jeunes âgés entre 12 et 18 ans dans leur milieu scolaire et hors milieu scolaire en vue de l'intégration de nouveaux styles de vie*
- . *Documenter nos interventions préventives et curatives auprès des jeunes de 12-18 ans, faire de la recherche et de l'évaluation*
- . *Mettre en place des lieux de rencontres pour les 40 ans et plus présentant un problème d'alcoolisme*
- . *Mettre sur pied des visites pour les 40 ans et plus de sexe masculin*

- . *Mettre sur pied des groupes de support pour les 40 ans et plus de sexe masculin*

Mauvaise hygiène de vie

- . *Favoriser l'intégration de l'information reçue au primaire sur une bonne hygiène de vie (alimentation, activité physique) chez les jeunes de niveau secondaire et en milieu communautaire.*

INTÉGRATION SOCIALE

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS

Affaiblissement du réseau familial et social (épuisement des ressources communautaires et familiales)

- *Monter des groupes qui pourraient soutenir les personnes âgées en allant à leur domicile pour des travaux domestiques, leur tenir compagnie, les accompagner chez le médecin, etc.*
- *Financer les organismes communautaires et les CLSC qui travaillent au maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel*
- *Financer les organismes qui font du répit et du dépannage auprès des personnes âgées*
- *Financer les échanges de services interréseaux et dans la communauté concernant les personnes âgées*
- *Établir des liens entre les organismes communautaires et les CLSC pour la clientèle des personnes âgées*
- *Offrir des services 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine pour l'accessibilité des services pour les personnes âgées*
- *Élargir l'accessibilité du transport scolaire aux personnes du troisième âge*
- *Favoriser la prise en charge de la communauté par et pour la communauté en l'interpellant par des activités de sensibilisation concernant les personnes âgées*
- *Sensibiliser le milieu scolaire en leur faisant réapprendre les liens familiaux (respect aux aînés)*
- *Rappeler aux individus, à la collectivité et aux syndicats les notions de droit et de responsabilité*
- *Les contacter rapidement dès le décès de leur conjoint, pour leur faire connaître les organismes communautaires déjà existants qui peuvent aider les personnes en deuil*

- . *Créer ou consolider un réseau de personnes âgées vivant seules*
- . *Permettre aux groupes communautaires de donner plus de services*
- . *Reconnaître l'expertise et les compétences du milieu communautaire oeuvrant auprès des personnes en les impliquant dans l'organisation de services*
- . *Augmenter le support aux groupes communautaires (dans les actions) auprès des membres d'association de personnes âgées et de personnes handicapées*
- . *Fournir une aide financière accrue aux groupes communautaires pour les services aux personnes âgées et aux personnes handicapées*
- . *Tenir compte dans la répartition des budgets en maintien à domicile pour toutes les clientèles prévues dans le programme soit les familles supportant les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes convalescentes, malades ou atteintes de maladies chroniques*
- . *Promouvoir le rôle des familles dans le développement des personnes handicapées en leur offrant des services de support valorisants*
- . *Inciter les gens à revenir aux valeurs traditionnelles de la famille (en acceptant la diminution du niveau de vie) et encourager les nouvelles naissances*
- . *Valoriser le savoir de la personne âgée (sentiment d'utilité)*
- . *Supporter le plus adéquatement le milieu familial ou réseau d'accueil par des allègements fiscaux pour les inciter à garder des personnes âgées*
- . *Responsabiliser les communautés à garder leurs personnes âgées dans leur milieu*
- . *Favoriser les initiatives locales en regard des personnes âgées par des activités telles que : popote roulante, réparation ou entretien à la maison.*
- . *Sensibiliser la population à reconnaître les problèmes et à se responsabiliser dans le choix des solutions possibles (tous les dispensateurs de services du milieu tant économique (MRC, municipalités, regroupement des paroisses marginales, comité de développement régional) que santé et social (CLSC, commissions scolaires, autres)) pour l'intégration sociale de personnes âgées, de personnes handicapées et de jeunes de 15 à 22 ans en :*

- . favorisant la création de groupes d'action ayant des intérêts communs et pour des actions communes
- . incitant les leaders municipaux à prendre des initiatives adaptées à leurs milieux
- . poursuivant les actions déjà entreprises
- . réalisant des actions concertées entre les milieux économiques et l'ensemble des milieux de services (éviter le dédoublement)
- . supportant toutes les initiatives locales (tous les dispensateurs de services)

Isolement des familles (compassion mais portes fermées, isolement via les services et via l'environnement)

- . Donner (la Régie régionale) aux organismes publics (milieu scolaire, milieu municipal et milieu de la santé et des services sociaux) des mandats clairs concernant l'intégration sociale
- . S'assurer (la Régie régionale) que les organismes communautaires remplissent leur mandat
- . Participer (la Régie régionale) à accroître le soutien aux familles et l'adapter à leurs besoins
- . S'assurer (la Régie régionale) que les services directs de réadaptation sont attribués aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- . Regrouper les personnes vivant une situation de monoparentalité et de vieillissement en vue d'un support mutuel
- . Renforcer le réseau communautaire aidant les personnes âgées en allouant les budgets nécessaires (frais de déplacement) aux bénévoles
- . Développer des réseaux d'entraide et de support pour les personnes âgées

Pauvreté

- . S'assurer que les personnes handicapées ont un revenu suffisant par un soutien financier de l'État, par le développement de travail adapté (intégration généralisée au marché du travail) et par le développement d'entreprises de personnes handicapées

- . *Verser aux femmes âgées, souvent seules, un revenu suffisant*
- . *Subventionner les organismes communautaires qui viennent en aide aux femmes âgées seules*
- . *Informer les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées de leur droit et les soutenir dans leurs démarches (CLSC, organismes communautaires, médias, etc.)*
- . *Promouvoir et continuer les projets déjà existants touchant les femmes et les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées*
- . *Mettre sur pied des foyers de transition pour les femmes en difficulté (violence)*
- . *Réduire les iniquités sociales, entre autres celles entre les hommes et les femmes (salaire, embauche, etc.). Pourquoi les diplômés en technique administrative, souvent des femmes, gagnent près de 100\$ de moins que les techniciens en électronique, surtout des hommes? Les femmes ne gagnent encore que le 2/3 des salaires des hommes*
- . *Assurer aux moins nantis un accès réel (coût, distance, langage,...) aux services sociosanitaires, aux activités de loisirs, aux programmes de formation (pour les 18-60 ans), ...*
- . *Faire entendre une position régionale qui va dans le sens d'exiger de nos gouvernements un revenu minimal décent pour tous*
- . *Rendre accessibles à tous, financièrement et physiquement parlant, les équipements sociaux (transport, logements sociaux, installations de loisirs, ...)*
- . *Supporter :*
 - . *la mise sur pied de comités de développement rural et local pour les personnes assistées sociales, les chômeurs, les chômeuses, les personnes qui travaillent au salaire minimum, tout particulièrement les femmes et les jeunes et plus spécifiquement, les femmes monoparentales, les femmes âgées seules et les personnes handicapées enfants*
 - . *la création de comités de citoyens ou de quartiers pour les clientèles précitées*
 - . *le développement économique communautaire pour les clientèles précitées*

- . *la concertation entre les intervenants des secteurs politique, social, culturel et économique pour les clientèles précitées*
- . *la mise sur pied de cuisines collectives pour les clientèles précitées*
- . *l'éducation populaire autonome pour les clientèles précitées*
- . *les organismes communautaires existants pour les clientèles précitées*
- . *les jeunes, les femmes, les adultes, les familles, les personnes âgées, les collectivités dans la mise en place de lieux ou d'activités répondant à leurs besoins*
- . *Mettre fin aux attaques envers la sécurité du revenu, l'assurance-chômage, les programmes de support à l'éducation populaire*
- . *Contrer l'appauvrissement de personnes de tous âges par des mesures sociales adéquates et par le soutien financier aux organismes communautaires telles les coopératives d'habitation ou alimentaire, l'ACEF, etc.*
- . *Soutenir les organismes communautaires axés sur la prévention (ex. : en éducation populaire)*
- . *Couper dans les dépenses liées à l'administration (ex. : en achetant une maison à Montréal et à Québec où les employés du réseau pourraient descendre plutôt que de toujours payer des hôtels)*
- . *Agir pour et avec les populations à risque suivantes : les femmes handicapées, les femmes monoparentales, les jeunes 15-24 ans et les autochtones*
- . *Trouver un lieu de rencontres pour faciliter la concertation entre les organismes communautaires*
- . *Ne pas budgétiser seulement au prorata mais aussi selon la distance, la lourdeur des cas, etc. pour diverses clientèles dont les personnes âgées et les personnes handicapées*

Obstacles à l'intégration, perte de capacité et d'autonomie, barrières (physiques, à l'emploi, etc.)

- . *Instaurer une collaboration entre la Régie régionale et ses partenaires pour rendre accessible le transport adapté à toutes les autres clientèles*

- . *Améliorer le transport adapté, par exemple en regroupant les clientèles, en utilisant le transport scolaire pour toutes les clientèles en besoin*
- . *Faire disparaître les barrières à l'emploi pour les personnes handicapées en faisant connaître leurs compétences professionnelles*
- . *Soutenir les organismes communautaires qui font la promotion des droits et des intérêts des personnes handicapées par le biais de subventions adéquates, en tenant compte de leurs positions, en les outillant (ressources humaines, informations, budgets de déplacement, etc.)*
- . *Informar et soutenir les démarches d'intégration des personnes présentant un handicap*
- . *Compenser les incapacités des personnes handicapées de la vue avec un programme d'attribution et d'entraînement à l'utilisation d'aides techniques*
- . *Développer des services d'orthophonie et d'ergothérapie en injectant les ressources humaines et financières nécessaires*
- . *Développer une forme d'hébergement (ex. : les foyers de groupes) pour les personnes atteintes de maladies dégénératives*
- . *Maintenir les personnes âgées proches de leur milieu de vie par l'adaptation de leur lieu de résidence*
- . *Maintenir les personnes âgées proches de leur milieu de vie par la création de logements sociaux, plus petits, plus près des services ou la construction de logements aménagés sur le terrain de leurs enfants*
- . *Maintenir les personnes âgées proches de leur milieu de vie par la création ou le maintien de services en commun (cuisine, loisirs, etc.)*

Manque d'ouverture de la société (tabous, préjugés)

- . *Favoriser l'embauche de personnes ayant des handicaps et personnes aptes à retourner travailler après des problèmes de santé mentale, particulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux*
- . *Sensibiliser la population et leur faire comprendre ce qu'est la santé mentale*

- . *Harmoniser les programmes d'aide à l'emploi pour personnes handicapées ou personnes aptes à travailler afin de briser le cercle (programme PAIE → chômage → BS → programme PAIE → ...)*
- . *Consulter les personnes handicapées pour mieux répondre à leurs besoins*
- . *Sensibiliser les gens à ne pas avoir peur des personnes handicapées et à leur venir en aide sans hésiter*
- . *Mobiliser et convaincre les partenaires (milieu scolaire, milieu municipal) d'une réelle intégration en faisant comprendre le vécu d'une personne handicapée ainsi que ses capacités et ses besoins et en acceptant l'autre dans ses différences*
- . *Intensifier les efforts de mobilisation par une alliance entre les organismes de défense des droits, les municipalités, le milieu scolaire, etc.*
- . *S'assurer (la Régie régionale) de l'implantation et de la réalisation des plans de services individualisés (PSI) avec tous les partenaires en fonction des besoins réels d'une personne handicapée*

Surconsommation de médicaments

- . *Exercer un meilleur contrôle, par les médecins et les pharmaciens, sur les prescriptions de médicaments auprès des personnes âgées*
- . *Consacrer plus de temps aux personnes âgées par l'augmentation de support et de contact (plus de visites)*
- . *Informar la population par l'entremise de médias tels que télévision, radio, journaux sur le danger des médicaments périmés*

Médias (télévision)

- . *Surveiller la publicité*
- . *Voir à ce qu'une intervention gouvernementale réglemente les 200 canaux de télévision qui vont envahir les ondes prochainement.*