



RAPPORT D'ACTIVITÉ
2012

CONSTRUIRE
en santé



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2012

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	4
LE PROGRAMME CONSTRUIRE <i>EN SANTÉ</i>	6
LE SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE.....	10
LES SERVICES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION EN ALCOOLISME, AUTRES TOXICOMANIES ET JEU COMPULSIF.....	21
LES SERVICES D'AIDE.....	26
LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	44
LES SERVICES DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE.....	59

PRÉFACE

« LA SANTÉ EST LA QUALITÉ LA PLUS MÉRITOIRE DU CORPS » (proverbe grec)

À bien des égards, la vie moderne a métamorphosé nos habitudes de vie et, corollairement, certains aspects de notre santé globale. De l'industrialisation à l'informatisation, nous avons assisté à un remaniement complet du travail, de la famille et des loisirs. Ces profondes transformations dans notre façon de vivre ont provoqué l'apparition de divers problèmes de santé avec, à leur source, des facteurs comme la sédentarité, la mauvaise alimentation et le stress, pour n'en nommer que trois.

Heureusement, la situation est loin d'être inextricable, puisque notre société est très réceptive aux messages de prévention et de sensibilisation que nous lui transmettons. Ainsi, de 1987 à 2009, le taux de tabagisme n'a cessé de diminuer au sein de la population québécoise, passant de 40 % à 23 % chez les 12 ans et plus. Quant au taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, il a diminué de moitié au cours des 25 dernières années. Ce n'est pas tout. On constate que la pratique de l'activité physique est à la hausse dans la province, de même que la consommation quotidienne de fruits et de légumes. On remarque, en outre, que le taux de suicide est décroissant d'année en année chez les hommes¹. Ce sont là des données très prometteuses.

C'est en considérant ces perspectives fort optimistes que le programme *CONSTRUIRE en santé* a poursuivi, en 2012, son œuvre de sensibilisation à la santé au sein de l'industrie de la construction, qui compte désormais plus de 230 000 travailleurs et travailleuses. Depuis sa création en 1998, *CONSTRUIRE en santé* n'a d'ailleurs jamais baissé les bras devant les enjeux majeurs de santé qui ont jalonné son histoire. En effet, il a toujours maintenu le cap sur sa mission :

- Améliorer la santé et la qualité de vie des personnes assurées dans l'industrie de la construction (travailleurs et travailleuses, conjoints et conjointes et enfants à charge);
- Optimiser les coûts de soins de santé;
- Veiller à ce que les règles et les procédures d'utilisation des programmes soient conformes à celles en vigueur dans les régimes d'assurance de l'industrie;
- S'assurer, par des suivis et des évaluations qualitatives et quantitatives régulières, que les services rendus sont efficaces et de qualité ainsi que conformes aux besoins des assurés.

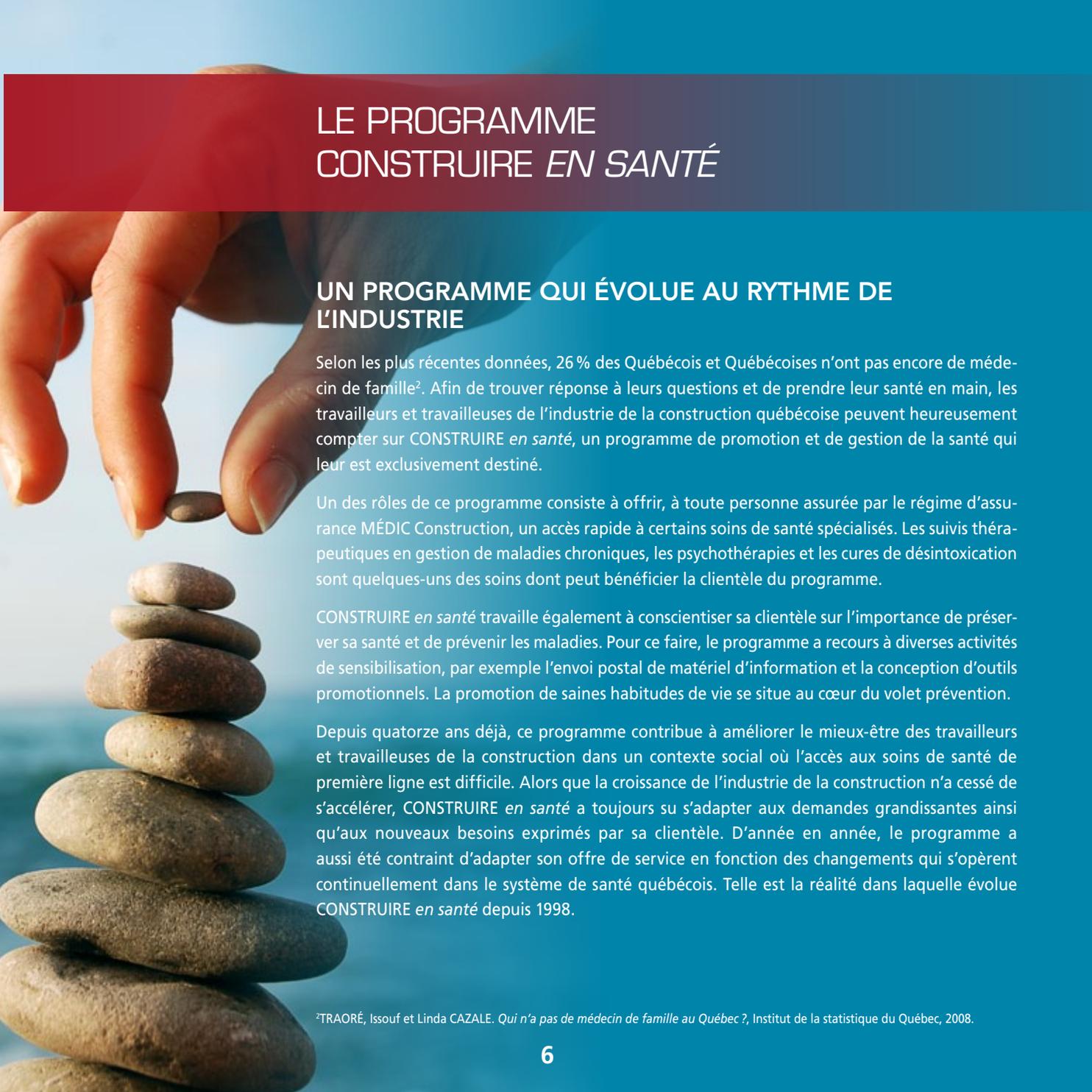
Quoique le conflit de travail vécu à la Commission de la construction du Québec au printemps dernier ait ralenti les activités de promotion du programme CONSTRUIRE *en santé*, le présent rapport dresse un bilan favorable de l'année qui vient de s'achever. Effectivement, sous un calme plat apparent, une grande animation a régné en 2012 au sein des services qui composent le programme. Les chiffres présentés dans les pages qui suivent sont éloquentes : la popularité de CONSTRUIRE *en santé* est indéniable. Ainsi, l'année 2012 vient réaffirmer une fois de plus la pertinence, pour l'industrie de la construction québécoise, de posséder son propre programme de promotion et de gestion de la santé.

Enfin, l'entrée en matière de ce rapport d'activité serait incomplète sans la mention du Réseau d'Intermédiaires, l'une des forces vitales de CONSTRUIRE *en santé* dans le domaine de la prévention et de l'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif. Pour la vingtième année consécutive, le Réseau et ses nombreux bénévoles ont démontré leur efficacité à alléger le fardeau des travailleurs et des travailleuses affectés, de près ou de loin, par un problème de dépendance. Toute l'industrie tient à remercier chaleureusement chacun des Intermédiaires pour leur précieux engagement.

Dominique Lord

Directrice des avantages sociaux

Commission de la construction du Québec

A hand is shown balancing a small, smooth, light-colored stone on top of a stack of several larger, smooth, light-colored stones. The background is a soft, out-of-focus blue and white, suggesting a sky or water. The overall image conveys a sense of balance, stability, and careful construction.

LE PROGRAMME CONSTRUIRE *EN SANTÉ*

UN PROGRAMME QUI ÉVOLUE AU RYTHME DE L'INDUSTRIE

Selon les plus récentes données, 26 % des Québécois et Québécoises n'ont pas encore de médecin de famille². Afin de trouver réponse à leurs questions et de prendre leur santé en main, les travailleurs et travailleuses de l'industrie de la construction québécoise peuvent heureusement compter sur *CONSTRUIRE en santé*, un programme de promotion et de gestion de la santé qui leur est exclusivement destiné.

Un des rôles de ce programme consiste à offrir, à toute personne assurée par le régime d'assurance MÉDIC Construction, un accès rapide à certains soins de santé spécialisés. Les suivis thérapeutiques en gestion de maladies chroniques, les psychothérapies et les cures de désintoxication sont quelques-uns des soins dont peut bénéficier la clientèle du programme.

CONSTRUIRE en santé travaille également à conscientiser sa clientèle sur l'importance de préserver sa santé et de prévenir les maladies. Pour ce faire, le programme a recours à diverses activités de sensibilisation, par exemple l'envoi postal de matériel d'information et la conception d'outils promotionnels. La promotion de saines habitudes de vie se situe au cœur du volet prévention.

Depuis quatorze ans déjà, ce programme contribue à améliorer le mieux-être des travailleurs et travailleuses de la construction dans un contexte social où l'accès aux soins de santé de première ligne est difficile. Alors que la croissance de l'industrie de la construction n'a cessé de s'accroître, *CONSTRUIRE en santé* a toujours su s'adapter aux demandes grandissantes ainsi qu'aux nouveaux besoins exprimés par sa clientèle. D'année en année, le programme a aussi été contraint d'adapter son offre de service en fonction des changements qui s'opèrent continuellement dans le système de santé québécois. Telle est la réalité dans laquelle évolue *CONSTRUIRE en santé* depuis 1998.

²TRAORÉ, Issouf et Linda CAZALE. *Qui n'a pas de médecin de famille au Québec ?*, Institut de la statistique du Québec, 2008.

Rappelons que le programme *CONSTRUIRE en santé* est administré par la Commission de la construction du Québec (CCQ), et que ses coûts sont couverts par les régimes d'assurance de l'industrie. Pour ses utilisateurs et utilisatrices, les services fournis sont facultatifs, gratuits et entièrement confidentiels.

SERVICES OFFERTS

En 2012, les personnes assurées par MÉDIC Construction ont pu bénéficier des services suivants:

- Le Service de première ligne;
- Les Services de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif;
- Les Services d'aide;
- Les Services de santé physique;
- Les Services de consultation pharmaceutique.

OBJECTIFS

La mission du programme *CONSTRUIRE en santé* se décline en quatre objectifs généraux :

- Améliorer la qualité de vie des personnes protégées par le régime d'assurance MÉDIC Construction;
- Promouvoir la santé physique et psychologique au sein de l'industrie de la construction;
- Aider les personnes assurées à être en santé et à le demeurer;
- Optimiser les coûts de soins de santé.

En 2012, le programme a poursuivi avec succès sa mission, de même que les objectifs plus spécifiques qu'il s'était fixé en début d'année, c'est-à-dire :

- Améliorer le traitement des demandes en effectuant une évaluation plus poussée des besoins exprimés par les personnes assurées;
- Personnaliser davantage les interventions menées;
- Maintenir le haut niveau de satisfaction de la clientèle.

RÉALISATIONS 2012

Relativement à ses activités, CONSTRUIRE *en santé* s'est investi cette année dans la poursuite et le développement de projets amorcés au cours des années précédentes, soit :

- Le maintien du Réseau d'Intermédiaires et le recrutement de 30 nouveaux membres;
- La publication du journal *Pour une industrie en santé* et du bulletin de formation continue *L'Étincelle*;
- La publication de matériel promotionnel à l'intention de toutes les personnes assurées par MÉDIC Construction, plus spécifiquement, la carte CONSTRUIRE *en santé* ainsi que le calendrier CONSTRUIRE *en santé* 2013;
- La conception d'un feuillet et d'une affiche, à l'intention des Intermédiaires, faisant la promotion de certains services de accompagnement québécois.

2012 EN CHIFFRES

- De janvier à décembre 2012, un total de 9 387 personnes ont communiqué avec les infirmières de CONSTRUIRE *en santé* dans l'intention de recevoir de l'information, des conseils ou de l'aide; comparativement aux 9 433 utilisateurs de ce service en 2011, ceci représente une très légère baisse de 0,5 %.
- Les dossiers traités exclusivement par le Service de première ligne étaient encore plus nombreux cette année, passant de 3 375 en 2011 à 3 511 en 2012.
- Les Services d'aide sont demeurés l'expertise la plus utilisée avec 4 595 prises en charge cette année. Par rapport à 2011, où on en comptait 4 672, il s'agit d'une baisse de 1,6 %.

- Pour la quatrième année consécutive, le nombre d'appels dirigés vers les Services de santé physique a subi une baisse. En effet, 792 demandes ont été traitées en 2012, comparativement à 1 197 en 2009, 1 063 en 2010 et 870 en 2011. Une analyse de la situation et des explications sont fournies à ce sujet dans la section du rapport traitant des Services de santé physique.
- Les demandes acheminées vers les Services de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif ont connu une baisse de 4 %, passant de 282 en 2011 à 270 en 2012.
- En raison de la nature de leur demande, entre autres, 204 personnes ont été dirigées vers des ressources d'aide offertes dans la communauté, une donnée qui reste stable depuis quelques années déjà. Rappelons qu'en 2011, on en avait dénombré 203.
- Comme prévu, le taux de satisfaction de la clientèle est demeuré très élevé cette année. En effet, 98 % des personnes aidées étaient d'avis que les services fournis ont répondu à leurs attentes.
- Enfin, le Réseau d'Intermédiaires a accueilli de nouveaux membres cette année – 30 pour être plus précis –, attestant une fois de plus la vitalité de cette importante organisation.



LE SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE

2012 EN BREF

- Le Service de première ligne a reçu un total de 9 387 appels.
- Les infirmières de ce service ont entièrement pris en charge 3 511 références.
- Le nombre de personnes dirigées vers l'un ou l'autre des quatre services spécialisés du programme s'élève à 5 680.
- Incluant les prises en charge, les suivis et les rappels, un total de 19 372 interventions téléphoniques ont été effectuées par ce service.

DÉFINITION

Au Québec, il y a un écart d'environ neuf ans entre l'espérance de vie réelle et l'espérance de vie en santé³. Autrement dit, bon nombre de Québécois et Québécoises vivent les neuf dernières années de leur vie sous le joug d'une maladie accablante.

Dans un tel contexte, l'importance de soigner rapidement les maladies qui nous touchent est indiscutable. En effet, s'ils sont négligés, les problèmes de santé affectant le corps ou l'esprit peuvent nuire à notre qualité de vie et avoir des répercussions à très long terme.

Pour les travailleurs et travailleuses de l'industrie de la construction, le Service de première ligne du programme *CONSTRUIRE en santé* constitue ce premier pas vers le mieux-être à long terme. Agissant comme point d'accès au programme, ce service est dirigé par une équipe d'infirmières chargée d'évaluer les demandes de la clientèle, puis de la diriger vers l'un des quatre services spécialisés de *CONSTRUIRE en santé*. Lorsque la demande déborde le cadre d'action du programme, les infirmières orientent alors la clientèle vers un service de santé offert dans la communauté, une clinique, un CLSC ou un centre d'aide, par exemple. Enfin, quand c'est possible de le faire, le Service de première ligne traite lui-même la demande en prenant en charge le dossier du client ou de la cliente. C'est notamment le cas pour les demandes d'information concernant le programme.

Le Service de première ligne est accessible jour et nuit, sept jours sur sept, par l'entremise d'un numéro de téléphone sans frais. La voie téléphonique est d'ailleurs le seul moyen d'entrer en communication avec *CONSTRUIRE en santé*.

³Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
État de santé de la population québécoise, quelques repères, 2010.

Formée pour intervenir dans des situations d'urgence, l'équipe d'infirmières qui dirige ce service est pleinement outillée pour rassurer les utilisateurs et utilisatrices en détresse, de même que pour joindre rapidement les services d'urgence si la situation le nécessite. Dans tous les cas, les interventions sont effectuées dans le respect de la clientèle et conformément à la politique de confidentialité de CONSTRUIRE *en santé*.

Le Service de première ligne de CONSTRUIRE *en santé* se consacre à la résolution de problème et à l'aiguillage vers des soins spécialisés, et dessert exclusivement les personnes assurées par le régime d'assurance MÉDIC Construction.

RÔLE

- Vérifier l'admissibilité des personnes qui communiquent avec CONSTRUIRE *en santé* et, au besoin, les renseigner sur leur couverture d'assurance.
- Fournir de l'information et de la documentation concernant le programme.
- Apporter de l'aide immédiate aux personnes se trouvant en situation de détresse psychologique ou de crise (familiale, conjugale ou autre).
- Donner du soutien et des conseils à l'entourage d'une personne en détresse (membre de la famille, collègue de travail, Intermédiaire, représentante ou représentant syndical).
- Assurer le relais entre la clientèle et les autres services du programme CONSTRUIRE *en santé*.
- Au besoin, orienter la clientèle vers une aide spécialisée ou une ressource disponible dans la communauté.
- Assurer un suivi téléphonique pour tout dossier actif.
- Évaluer la satisfaction de la clientèle afin de contribuer à l'amélioration du programme CONSTRUIRE *en santé*.

APPROCHE D'INTERVENTION

ÉCOUTER, RASSURER, RESPECTER

Par expérience, CONSTRUIRE *en santé* sait que ses utilisatrices et utilisateurs souhaitent avant tout être compris, rassurés et respectés lorsqu'ils téléphonent au programme.

C'est pourquoi les infirmières du Service de première ligne traitent chaque demande de manière respectueuse et personnalisée. Dès le début de l'appel, elles offrent une écoute de qualité et prennent soin d'informer la clientèle sur ses droits à la confidentialité et sur la politique du programme à cet égard. Ainsi débute chaque intervention à CONSTRUIRE *en santé*.



ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE

La deuxième étape de l'intervention consiste, pour les infirmières, à évaluer discrètement le degré d'urgence de l'appel en suivant un protocole strict. La demande est alors classifiée selon un code de couleurs. Si la situation requiert une assistance immédiate (s'il s'agit du code d'urgence rouge), les infirmières communiquent avec des ressources d'urgence, telles qu'un centre de crise ou de prévention du suicide, ou le 911.

OFFRIR L'AIDE APPROPRIÉE

Pour orienter les assurés vers l'aide la plus appropriée qui soit, les infirmières prennent en compte divers facteurs, dont l'objet de la demande d'aide, les ressources personnelles de la personne (moyens financiers, soutien de l'entourage, motivation personnelle, etc.) ainsi que sa couverture d'assurance.

Dans la majorité des cas, les demandes d'aide sont confiées à l'un des quatre services spécialisés du programme *CONSTRUIRE en santé* : Services d'aide, Services de santé physique, Services de consultation pharmaceutique ou Services de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif.

Certaines demandes sont directement traitées par le Service de première ligne. C'est le cas d'environ le tiers des appels reçus au programme.

Dans une moindre proportion, certaines demandes sont redirigées vers une aide spécialisée externe au programme. Par exemple, les gens atteints d'un cancer ou affectés par le cancer d'un proche sont orientés vers les ressources d'aide de la Société canadienne du cancer, avec laquelle *CONSTRUIRE en santé* collabore étroitement. Les centres de thérapie et les groupes d'entraide sont aussi des ressources externes vers lesquelles peuvent être dirigées les personnes assurées et leurs personnes à charge.

ÉVALUER LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Au terme de la prestation de service, les infirmières procèdent à la fermeture du dossier en effectuant un suivi de satisfaction auprès de la clientèle. Ce suivi a pour but d'évaluer la pertinence de l'aide fournie, et il est exercé suivant des critères prédéterminés (délai de traitement, qualité de la ressource d'aide recommandée, etc.).



PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Au début de l'année 2012, le Service de première ligne avait identifié deux pistes d'action dans l'optique de maintenir des prestations de services de haute qualité :

1. Optimiser la gestion des demandes d'intervention post-traumatiques.
2. Optimiser la gestion des demandes transmises aux Services d'aide.

Nous sommes fiers de constater que malgré le volume élevé de demandes pour le programme cette année, l'équipe d'infirmières a réussi à atteindre avec succès ces deux cibles.

De manière plus détaillée, les résultats 2012 du Service de première ligne se présentent ainsi :

- Depuis 2009, le nombre de dossiers pris en charge directement par le Service de première ligne est en hausse. En effet, un total de 9 387 demandes d'aide ont été reçues en 2012. De ce nombre, 3 511 dossiers ont été pris en charge directement par les infirmières du Service, comparativement à 3 375 l'année précédente.
- Parmi les appels reçus cette année, 5 680 ont été dirigés vers l'un des quatre services spécialisés du programme, contre 5 855 en 2011. Pour diverses raisons, quelques personnes ont dû être orientées vers des ressources d'aide offertes dans la communauté; cela a été le cas pour 204 demandes en 2012, comparativement à 203 en 2011.
- Sur 1 321 appels nécessitant une intervention prioritaire, 36 ont exigé une prise en charge immédiate et 1 285 ont requis une prise en charge dans un délai maximal de 24 heures. Ces demandes, toutes qualifiées de prioritaires, se rapportaient à l'une ou l'autre des situations suivantes : idées suicidaires avec risque imminent de passage à l'acte, crise familiale grave, violence et problèmes aigus causés par une dépendance (alcool, drogues, jeu).
- Comme le démontrent les suivis de satisfaction réalisés ces dernières années par les infirmières du Service de première ligne, la clientèle est majoritairement satisfaite des services reçus par CONSTRUIRE *en santé*. Avec un taux de satisfaction de 98 %, la tendance s'est maintenue en 2012.
- En 2012, les frais de fonctionnement de ce service ont été de 687 000 \$, une baisse par rapport à 2011 (704 000 \$).

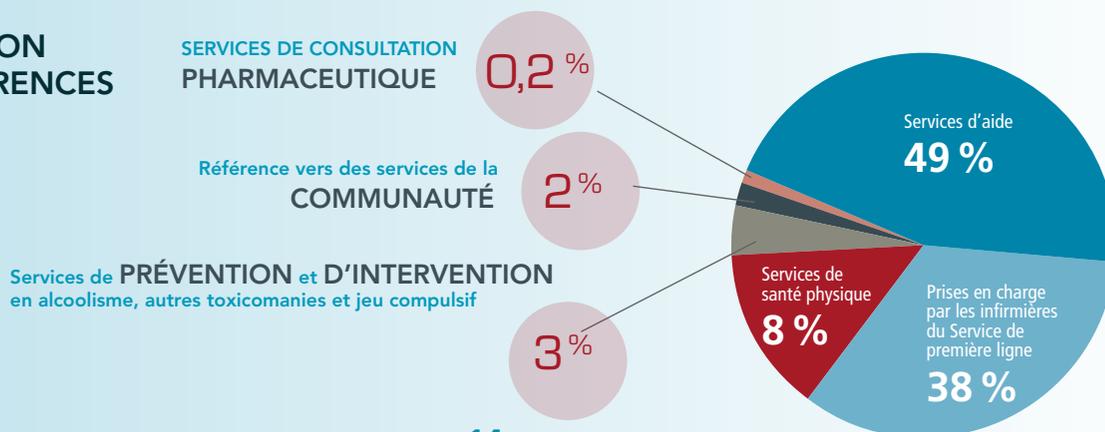
Depuis 2009, le nombre de dossiers pris en charge directement par le Service de première ligne est en hausse.

DEMANDES DES ASSURÉS ET RÉFÉRENCES VERS LES SERVICES CONSTRUIRE *en santé*

MOIS	SERVICES D'AIDE	SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	SERVICES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION EN ALCOOLISME, AUTRES TOXICOMANIES ET JEU COMPULSIF	SERVICES DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE	SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE		TOTAL
					TRAITÉES PAR LES INFIRMIÈRES	DIRIGÉES VERS LA COMMUNAUTE	
JANVIER	1 218	202	35	4	406	21	1 886
FÉVRIER	639	77	24	0	404	23	1 167
MARS	432	88	29	2	361	19	931
AVRIL	374	67	24	4	288	11	768
MAI	271	43	23	0	272	13	622
JUIN	164	12	15	0	163	11	365
JUILLET	112	13	6	0	121	7	259
AOÛT	168	40	22	1	167	5	403
SEPTEMBRE	259	68	21	5	262	16	640
OCTOBRE	380	74	28	3	371	21	877
NOVEMBRE	375	80	25	4	427	32	925
DÉCEMBRE	203	28	18	0	269	25	544
TOTAL 2012	4 595	792	270*	23	3 511	204	9 387
TOTAL 2011	4 672	870	282	31	3 375	203	9 433
VARIATION 2011-2012	(1,6%)	(9%)	(4%)	(26%)	4%	0,5%	(0,5%)

*Le nombre de demandes de références en provenance du Service de première ligne (270) diffère du nombre de demandes d'aide total (647), car des assurés communiquent directement avec les centres de thérapie, un Intermédiaire ou le Service de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif pour être dirigés vers ces ressources

RÉPARTITION DES RÉFÉRENCES



**NOMBRE DE
RÉFÉRENCES
SELON LE
MOTIF
D'APPEL**

MOTIFS D'APPEL	2011	2012
PROBLÈME D'ORDRE ÉMOTIF, PERSONNEL, PSYCHOLOGIQUE	4 753	4 653
PROBLÈME CONJUGAL	1 234	1 379
ORTHOPÉDAGOGIE	1 068	1 304
PROBLÈME FAMILIAL	629	723
INFORMATION SUR CONSTRUIRE <i>EN SANTÉ</i>	637	693
INFORMATION SUR LA CESSATION TABAGIQUE	661	648
ERGOTHÉRAPIE	467	556
DIFFICULTÉS RELIÉES AU STRESS ET À L'ANXIÉTÉ	397	439
DÉPRESSION	348	362
SÉPARATION	297	327
DÉPENDANCE À L'ALCOOL	277	311
ENTRÉE EN CURE DE THÉRAPIE	251	292
PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE	287	285
PROBLÈMES D'ORDRE SEXUEL	164	220
IDÉES SUICIDAIRES	84	209
PERTE DE POIDS	281	190
PROBLÈMES RELIÉS AU TRAVAIL	131	187
DÉPENDANCE À LA COCAÏNE	166	150
DEUIL	121	141
INFORMATION SUR L'ALIMENTATION	163	127
DÉPENDANCE AUX AUTRES DROGUES	111	107
VIOLENCE	110	105
DÉPENDANCE AU CANNABIS	86	87
CONVALESCENCE	49	62
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES	51	49
DÉPENDANCE	38	48
PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	16	42
MALADIE CHRONIQUE	50	41
PROBLÈME DE JEU COMPULSIF	48	41

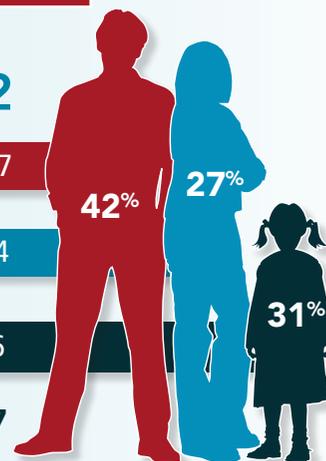
NOMBRE DE RÉFÉRENCES SELON LE MOTIF D'APPEL (suite)

MOTIFS D'APPEL	2011	2012
INFORMATION SUR LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION	35	40
PROBLÈMES JURIDIQUES	40	40
PROBLÈMES FINANCIERS	17	38
ATTEINT D'UN CANCER OU AUX PRISES AVEC UN PROCHE QUI L'EST	39	28
POST-TRAUMATISME	64	25
DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS	17	23
INFORMATION SUR LES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL	8	18
DÉPENDANCE AFFECTIVE	23	15
DÉPENDANCE À L'HÉROÏNE	1	11
CYBER DÉPENDANCE	2	5
INTOLÉRANCE ET ALLERGIES	N/A	2
INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS	6	2
INFORMATION SUR LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	3	2
OPTIONS DE TRAITEMENT	N/A	1
CESSATION DU TRAITEMENT	N/A	1
PROFIL SANTÉ	N/A	1
TOTAL DES MOTIFS D'APPEL	13 498	14 030

NOMBRE DE RÉFÉRENCES SELON LA CATÉGORIE DE PERSONNES

ASSURÉ
CONJOINT
ENFANT

	2011	2012
ASSURÉ	3 931	3 927
CONJOINT	2 629	2 524
ENFANT	2 873	2 936
Total	9 433	9 387



NOMBRE DE RÉFÉRENCES AU PROGRAMME CONSTRUIRE *EN SANTÉ*, SELON LA SOURCE D'INFORMATION

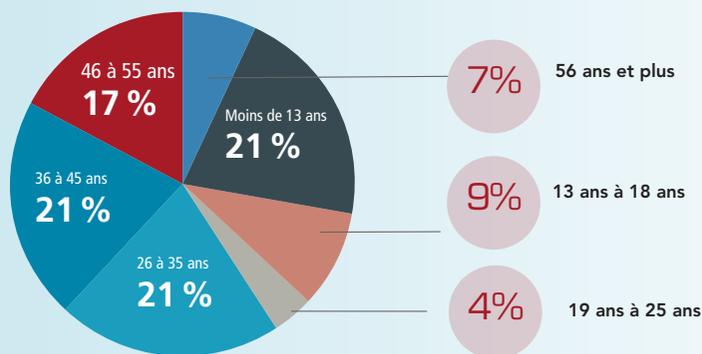
SOURCE D'INFORMATION SUR LE PROGRAMME CONSTRUIRE <i>EN SANTÉ</i>	2011	2012
CONNAISSANCE DU PROGRAMME	6 105	4 634
PUBLICITÉ (AFFICHE, DÉPLIANT, JOURNAL, CALENDRIER)	3 087	3 074
SERVICE À LA CLIENTÈLE (CCQ)	1 966	1 512
CARTE CONSTRUIRE <i>EN SANTÉ</i>	N/A	1 444
PSYCHOLOGUE, ORTHOPÉDAGOGUE, ETC.	322	414
MEMBRE DE LA FAMILLE	117	193
INTERVENANT SYNDICAL	47	72
SITE INTERNET CCQ	9	69
SOURCE DE RÉFÉRENCE NON IDENTIFIÉE	125	64
AMI OU CONNAISSANCE	43	49
JOURNAL <i>BÂTIR</i>	35	43
COLLÈGUE DE TRAVAIL	74	42
EMPLOYEUR	19	33
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	21	32
ASSOCIATION	3	20
SERVICES D'AIDE	7	13
INTERMÉDIAIRE	3	12
MÉDECIN	15	12
SÉANCE D'INFORMATION	4	4
TOTAL	12 002	11 736

NOMBRE DE RÉFÉRENCES PAR ALLÉGEANCE SYNDICALE

	2011		2012	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
FTQ-CONSTRUCTION	4 160	44 %	4 057	43 %
CPQMC-INTERNATIONAL	2 450	26 %	2 493	27 %
CSD-CONSTRUCTION	1 164	12 %	1 168	12 %
CSN-CONSTRUCTION	726	8 %	698	8 %
SYNDICAT QUÉBÉCOIS DE LA CONSTRUCTION	621	7 %	686	7 %
SANS ALLÉGEANCE	312	3 %	285	3 %
TOTAL	9 433	100 %	9 387	100 %

NOMBRE DE RÉFÉRENCES PAR GROUPE D'ÂGE

	2011		2012	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
MOINS DE 13 ANS	1 907	20 %	1 983	21 %
13 À 18 ANS	851	9 %	818	9 %
19 À 25 ANS	372	4 %	376	4 %
26 À 35 ANS	1 925	20 %	1 990	21 %
36 À 45 ANS	2 092	22 %	1 941	21 %
46 À 55 ANS	1 579	17 %	1 608	17 %
56 ANS ET PLUS	707	8 %	671	7 %
TOTAL	9 433	100 %	9 387	100 %



NOMBRE DE RÉFÉRENCES PAR MÉTIER ET PAR OCCUPATION

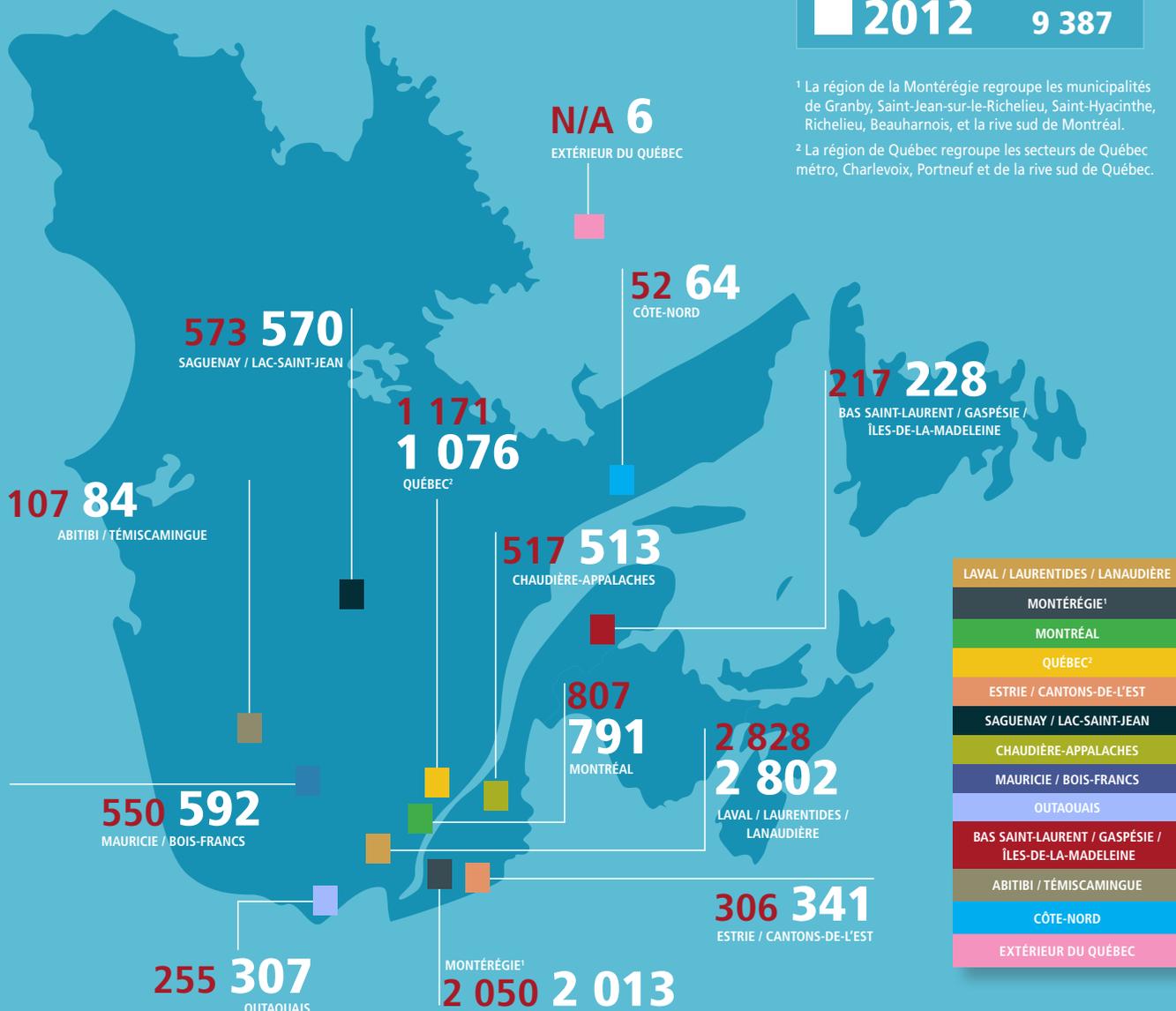
MÉTIER ET OCCUPATION	NOMBRE DE RÉFÉRENCES 2012	NOMBRE TOTAL DE TRAVAILLEURS ASSURÉS	TAUX D'UTILISATION 2011	TAUX D'UTILISATION 2012
SOUDEUR	35	249	12 %	14,1 %
INST. DE SYSTÈME DE SÉCURITÉ	80	616	12 %	12,9 %
MÉCANICIEN EN PROTECTION-INCENDIE	126	1 021	10 %	12,3 %
ÉLECTRICIEN	1 444	15 941	10 %	9,1 %
FRIGORISTE	274	2 930	10 %	9,3 %
FERRAILLEUR	159	1 825	7 %	8,7 %
PLOMBIER	576	6 945	9 %	8,3 %
FERBLANTIER	347	4 234	9 %	8,2 %
POSEUR DE SYSTÈMES INTÉRIEURS	185	2 292	9 %	8,1 %
MÉCANICIEN D'ASCENSEUR	24	305	6 %	7,8 %
MONTEUR-MÉCANICIEN (VITRIER)	135	1 750	6 %	7,7 %
PLÂTRIER	194	2 560	7 %	7,6 %
SERRURIER DE BÂTIMENT	68	921	6 %	7,4 %
MONTEUR A (TRANSPORT D'ÉNERGIE)	197	2 753	9 %	7,1 %
CALORIFUGEUR	76	1 081	7 %	7,1 %
CARREUR	114	1 643	8 %	6,9 %
CIMENTIER-APPLICATEUR	157	2 274	6 %	6,9 %
SOUDEUR EN TUYAUTERIE	56	825	9 %	6,7 %
COUVREUR	238	3 615	7 %	6,6 %
POSEUR DE REVÊTEMENTS SOUPLES	50	766	6 %	6,5 %
BRIQUETEUR-MAÇON	292	4 558	8 %	6,4 %
MONTEUR D'ACIER DE STRUCTURE	143	2 287	7 %	6,2 %
OPÉRATEUR DE PELLES MÉCANIQUES	317	5 134	7 %	6,2 %
CHAUDRONNIER	55	905	6 %	6,1 %
TUYAUTEUR	127	2 084	5 %	6,1 %
PEINTRE	266	4 482	8 %	6,0 %
OPÉRATEUR D'ÉQUIPEMENT LOURD	319	5 477	5 %	5,8 %
CHARPENTIER-MENUISIER	2 066	36 030	6 %	5,7 %
MÉCANICIEN DE CHANTIER	77	1 349	6 %	5,7 %
GRUTIER	95	1 679	5 %	5,7 %
MANŒUVRE	1 090	20 199	5 %	5,4 %
BOUTEFEU	11	221	8 %	4,9 %
POSEUR D'APPAREILS DE CHAUFFAGE	13	301	7 %	4,3 %
MÉCANICIEN DE MACHINES LOURDES	14	395	5 %	3,5 %
CONDUCTEUR DE CAMIONS	30	910	3 %	3,2 %

NOMBRE DE RÉFÉRENCES PAR RÉGION DE DOMICILE

TOTAL	
2011	9 433
2012	9 387

¹ La région de la Montérégie regroupe les municipalités de Granby, Saint-Jean-sur-le-Richelieu, Saint-Hyacinthe, Richelieu, Beauharnois, et la rive sud de Montréal.

² La région de Québec regroupe les secteurs de Québec métró, Charlevoix, Portneuf et de la rive sud de Québec.



LAVAL / LAURENTIDES / LANAUDIÈRE
MONTRÉGIE ¹
MONTRÉAL
QUÉBEC ²
ESTRIE / CANTONS-DE-L'EST
SAGUENAY / LAC-SAINT-JEAN
CHAUDIÈRE-APPALACHES
MAURICIE / BOIS-FRANCS
OUTAOUAIS
BAS SAINT-LAURENT / GASPÉSIE / ÎLES-DE-LA-MADELEINE
ABITIBI / TÉMISCAMINGUE
CÔTE-NORD
EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

LES SERVICES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION EN ALCOOLISME, AUTRES TOXICOMANIES ET JEU COMPULSIF

2012 EN BREF

- Le nombre de demandes d'aide acheminées aux Services de prévention et d'intervention atteint 270.
- À l'instar des années passées, 100 % des demandes faites en 2012 pour une admission dans un centre de thérapie pour dépendance ont été confirmées dans un délai de 12 à 24 heures.
- Le Réseau d'Intermédiaires s'est adjoint 30 nouveaux bénévoles.
- Depuis la mise sur pied de ces services en 1989, près de 8 500 personnes ont reçu des soins pour un problème de dépendance à une substance psychotrope ou aux jeux de hasard et d'argent.

DÉFINITION

La consommation de substances psychotropes et de jeux de hasard et d'argent est associée à des problèmes de diverses natures touchant à la fois l'individu et ses proches.

En 2011, au Québec, plus d'un million de personnes ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière abusive au moins une fois par mois durant les douze mois précédents⁴. Quant aux drogues, près de la moitié des Québécois et Québécoises de 15 ans et plus en ont déjà fait usage au moins une fois au cours de leur vie, et la plupart des consommateurs sont des hommes⁵. Quant aux jeux de hasard et d'argent, le Québec est la province canadienne affichant le plus haut taux de participation; ces jeux incluent notamment les loteries instantanées, les machines à sous, les appareils de loteries vidéo, le bingo, les jeux en ligne et les paris sportifs⁶.

À la lumière de ces statistiques, il est évident que l'existence des Services de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et en jeu compulsif est tout à fait justifiée au sein d'un programme de promotion de la santé comme CONSTRUIRE *en santé*.

Leur dénomination l'indique, ces services agissent tant sur la prévention des problèmes de dépendance que sur l'intervention auprès des personnes qui en sont atteintes ou de leurs proches. Alors que les activités de prévention passent généralement par la publication d'outils de sensibilisation (affiches, publicités ou autres), le volet intervention est assuré, en grande partie, par le travail concerté du Service de première ligne avec les Services de prévention et d'intervention et les centres de traitement partenaires de CONSTRUIRE *en santé*.

⁴Statistiques Canada. «*Consommation abusive d'alcool, selon le sexe, les provinces et les territoires*», 2012.

⁵Institut de la statistique du Québec. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, 2010.

⁶Canadian Partnership for Responsible Gambling. *Canadian Gambling Digest 2010-2011*, 2012.

Depuis vingt ans déjà, les Intermédiaires sont appréciés pour leur diligence, leur discrétion et leur dévouement exemplaire.

Le Réseau d'Intermédiaires joue aussi un rôle de premier plan au chapitre de la prévention. En effet, ses quelque 595 membres, tous issus de l'industrie de la construction, sont formés pour écouter, soutenir et aider leurs collègues de travail aux prises avec une problématique de dépendance. Parfois, ce sont même eux qui communiquent avec le Service de première ligne ou les centres de traitement dans le but de venir en aide à un confrère ou une consœur en difficulté. Depuis vingt ans déjà, les Intermédiaires sont appréciés pour leur diligence, leur discrétion et leur dévouement exemplaire.

RÔLES

- Diffuser de l'information aux personnes assurées par MÉDIC Construction sur les dépendances à l'alcool, aux drogues, aux médicaments ou aux jeux de hasard et d'argent.
- Répondre aux questions des utilisateurs et utilisatrices du programme relativement à la prévention des dépendances ou au rétablissement des personnes dépendantes : symptômes à surveiller, thérapie de groupe, cure de désintoxication, phénomène de la rechute, etc.
- Limiter les ravages pouvant être causés par les dépendances dans toutes les sphères de la vie des personnes atteintes ou de leur famille immédiate.
- Encourager les travailleurs et travailleuses ainsi que leurs personnes à charge à réviser leurs habitudes de consommation ou de jeu.
- Intervenir auprès des personnes qui formulent une demande d'aide au programme concernant un problème de dépendance personnel ou vécu par un proche : gestion de la dépendance, désir de rétablissement, idées suicidaires, perte d'emploi, divorce, violence conjugale, etc.
- Offrir une aide spécialisée aux personnes dépendantes ou les diriger vers un centre de thérapie.
- Créer des outils de sensibilisation ou coordonner des activités de formation et de prévention :
 - Tenue de la Journée des Intermédiaires;
 - Publications diverses : bulletin de formation continue *L'Étincelle*, dépliants, affiches, affichettes, etc.;
 - Maintien du site Web HYPERLINK «<http://www.pasunoutil.org>», consacré au cannabis;
 - Organisation d'événements spéciaux et des sorties de la mascotte TOXI.

APPROCHE D'INTERVENTION

SÉCURISER, COMPRENDRE ET GUIDER

En raison des nombreuses difficultés pouvant découler d'un problème de dépendance, il n'est pas rare que la clientèle qui consulte le programme pour ce type de problème manifeste des signes

d'inquiétude et de détresse lors de son premier contact. C'est pourquoi les Services de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif commencent toujours par sécuriser et rassurer la personne qui se trouve au bout du fil, qu'il s'agisse de l'individu qui nécessite l'aide, d'un proche, d'un collègue de travail, d'un employeur ou d'un Intermédiaire.

Les intervenants procèdent ensuite à l'analyse proprement dite du problème, laquelle couvre plusieurs points: nature de la dépendance, incapacités ou problèmes personnels engendrés par la dépendance, époque où le problème s'est développé, expérience antérieure en centre de thérapie pour dépendance, etc.

RECOMMANDER UN TRAITEMENT

Une fois que toutes les données nécessaires ont été recueillies, un plan de traitement individualisé est proposé à la personne alcoolique, toxicomane ou joueuse compulsive. En collaboration avec le centre de traitement répondant le plus à ses besoins, les Services de prévention et d'intervention lui proposent ensuite les soins qui, en collaboration avec les services offerts par le centre de traitement, sont les plus susceptibles de la mener vers le rétablissement : thérapie, cure de désintoxication, participation à un groupe d'entraide ou autres.

À noter que les demandes d'aide reçues par le Service de première ligne la fin de semaine sont redirigées directement vers le centre d'aide approprié. Ainsi, les personnes en détresse ne sont jamais soumises à de longs délais d'attente pouvant aggraver leur situation.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

- Ces services ont traité 647 demandes en 2012, comparativement à 442 en 2011. Cela représente une hausse de 46 %.
- Parmi les personnes aidées cette année, 647 ont été dirigées vers des ressources externes, telles qu'un centre de thérapie, un établissement du réseau public ou un organisme communautaire spécialisé dans le traitement des dépendances. Par ailleurs, à ce jour, près de 8 700 personnes ont reçu des traitements pour un problème de dépendance dans le cadre du programme *CONSTRUIRE en santé*.
- Encore cette année, des résultats favorables reflètent l'efficacité des Services de prévention et d'intervention : 100 % des admissions en centre de thérapie ont été confirmées dans un délai de 12 à 24 heures suivant la demande d'aide initiale au programme *CONSTRUIRE en santé*.
- Au cours de l'année 2012, le régime d'assurance de l'industrie a déboursé 844 533 \$ pour l'assurance salaire et les coûts de traitement (assurance maladie) rattachés à ces services, ce qui représente une augmentation de près de 37 000 \$ sur les déboursés de 2011 qui totalisaient 807 389 \$.

RÉALISATIONS 2012

BULLETIN DE FORMATION CONTINUE L'ÉTINCELLE

L'Étincelle est un bulletin papier de format pratique que les Intermédiaires reçoivent par la poste quatre fois par année. Proposant des sujets variés rattachés le plus souvent à l'actualité, cette publication présente un contenu riche et vulgarisé couvrant les trois sphères clés du travail de l'Intermédiaire, soit le savoir (connaissances), le savoir-faire (habiletés en relation d'aide) et le savoir être (capacité à comprendre et examiner les enjeux sociaux en lien avec les psychotropes et les jeux de hasard et d'argent, ainsi que la relation d'aide).

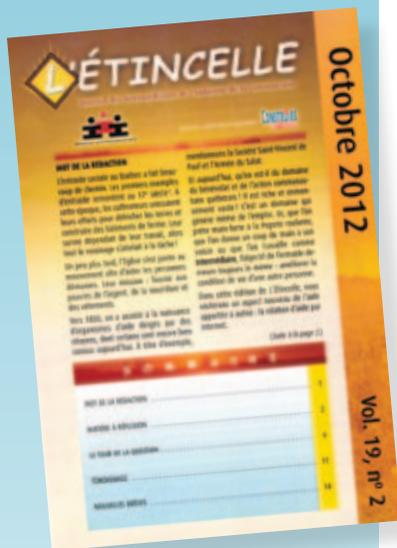
En 2012, *L'Étincelle* a innové en créant trois nouvelles rubriques afin de stimuler l'intérêt des Intermédiaires :

1. « Le tour de la question », qui invite le lectorat à tester ses connaissances sur un sujet donné à l'aide de questionnaires;
2. « Matière à réflexion », une section confrontant le point de vue de deux ou trois experts sur un enjeu social en lien avec l'alcool, les drogues ou le jeu;
3. « Page de vie », une rubrique qui brosse des récits de vie fictifs mettant en scène, entre autres, des personnes vivant une dépendance ainsi que des aidants et des membres de l'industrie de la construction.

Parmi les sujets abordés cette année, mentionnons les ingrédients du bonheur, la relation d'aide par Internet et l'utilisation de l'antidémarrreur à éthylomètre pour contrer l'alcool au volant. Un numéro complet a également été consacré au jeu compulsif.

PROMOTION DES SERVICES DE RACCOMPAGNEMENT

Dans une démarche de sensibilisation, *CONSTRUIRE en santé* a produit, pour la période des Fêtes 2012, des affiches et affichettes faisant la promotion de dix services de accompagnement desservant le territoire québécois. Ayant comme slogan « Avec l'alcool, lorsqu'on dépasse la limite... les services de accompagnement, c'est plein de bon sens! », les documents véhiculaient un message incitatif et mobilisateur qui ciblait tous les travailleurs et travailleuses de l'industrie de la construction. Alors que les affiches étaient destinées à être accrochées bien en vue sur les lieux de travail, les affichettes avaient comme utilité d'être transportées sur soi en guise d'aide-mémoire détaillé.



DÉBOURS ET TRAITEMENTS

	2010	2011	2012
DEMANDES D'AIDE	388	442	647*
TRAITEMENTS (ASSURANCE MALADIE)			
MONTANTS VERSÉS	672 533 \$	705 894 \$	708 563 \$
NOMBRE DE PERSONNES TRAITÉES	373	395	410
ASSURANCE SALAIRE			
MONTANTS VERSÉS	195 495 \$	101 495 \$	135 970 \$
NOMBRE DE PERSONNES ADMISSIBLES	54	41	48
FONDS DE CONGÉS ANNUELS ET JOURS FÉRIÉS			
MONTANTS PRÉLEVÉS	124 833 \$	156 380 \$	231 292 \$
NOMBRE DE PERSONNES TRAITÉES	147	182	249
NOMBRE DE PERSONNES DIRIGÉES VERS DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU PUBLIC ET DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	15	47	237

*Le nombre de demandes d'aide total (647) ne correspond pas au nombre de références en provenance du Service de première ligne (270), car certains assurés communiquent directement avec un centre de thérapie pour y être admis, ou sont dirigés vers cette ressource par un Intermédiaire extérieur au Service de première ligne

LES CENTRES LES PLUS FRÉQUENTÉS

RANG	NOM DU CENTRE	2011	2012
1	LE PAVILLON PIERRE-PÉLADEAU	49 (1 ^{ER} RANG EN 2011)	61
2	LA MAISON JEAN LAPOINTE	31 (3 ^E RANG EN 2011)	44
3	LE PAVILLON DU NOUVEAU POINT DE VUE	37 (2 ^E RANG EN 2011)	41
4	CENTRE DE RESSOURCEMENT ATTITUDE	25 (4 ^E RANG EN 2011)	26
5	VILLA IGNATIA	16 (10 ^E RANG EN 2011)	25
6	LA MAISON L'ALCÔVE	19 (7 ^E RANG EN 2010)	20
7	CROISÉE DES CHEMINS	N/A	17
8	AUBE DE LA PAIX	25 (8 ^E RANG EN 2011)	15
9	VILLA ST-LÉONARD	N/A	15
10	DOMAINE DE LA SOBRIÉTÉ	N/A	13
TOTAL		257	277

Note : 370 demandes ont été dirigées vers divers autres centres, et notamment, pour 24 d'entre elles, en centre de thérapie pour personnes violentes.

LES SERVICES D'AIDE

Des consultations téléphoniques sont offertes aux personnes qui ne peuvent se présenter en cabinet ou qui se trouvent en état de crise.

2012 EN BREF

- Les Services d'aide sont demeurés l'expertise la plus sollicitée de *CONSTRUIRE en santé*, avec le traitement de 4 595 dossiers.
- Un total de 10 interventions post-traumatiques ont été effectuées sur les chantiers comparativement à 6 en 2011.
- L'équipe des Services d'aide a comptabilisé 8 659 heures de consultation en orthopédagogie et en ergothérapie.

DÉFINITION

On estime qu'une personne sur six au Québec est atteinte d'une maladie mentale. Toujours au chapitre de la santé psychologique, les plus récentes données révèlent que chaque jour, dans la province, environ quatre adultes s'enlèvent la vie, et 80 personnes de 15 ans et plus font une tentative de suicide¹.

Bien que ces données soient préoccupantes, elles démontrent néanmoins l'incontestable pertinence des services de counseling offerts par les Services d'aide du programme *CONSTRUIRE en santé*. Les services de *counseling* sont essentiellement offerts par un regroupement de 1 250 professionnels de la santé répartis sur l'ensemble du territoire québécois et couvrant cinq domaines d'expertise : psychologie, travail social, sexologie, orthopédagogie et ergothérapie.

Les Services d'aide privilégient une approche pragmatique en centrant leurs interventions sur la résolution de problème, et les solutions proposées sont adaptées selon les spécificités de chaque demande d'aide reçue. Ainsi, des consultations téléphoniques sont offertes aux personnes qui ne peuvent se présenter en cabinet ou qui se trouvent en état de crise. Il arrive même que des équipes de thérapeutes soient dépêchées sur les chantiers de construction après la survenue d'un accident grave pour offrir soutien et écoute aux témoins. Les personnes assurées qui font appel aux Services d'aide bénéficient d'un service personnalisé et facilement accessible, ce qui leur offre l'avantage de pouvoir se concentrer sur l'essentiel : leur rétablissement.

¹Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013.

RÔLES

- Offrir la possibilité aux personnes assurées par MÉDIC Construction et à leur famille de consulter un professionnel de la santé dans un délai raisonnable pour tout problème émotionnel, familial, conjugal, professionnel ou de dépendance.
- Aider les personnes aux prises avec une difficulté d'ordre psychologique ou relationnel à identifier les moyens pouvant améliorer leur situation.
- Accroître, par l'entremise de consultations téléphoniques, l'accessibilité des services spécialisés notamment pour les personnes à mobilité réduite ou habitant en région.
- Prévenir les chocs post-traumatiques chez les travailleuses et travailleurs témoins d'un accident grave sur un chantier.
- Fournir de l'aide spécialisée aux personnes âgées de moins de 18 ans montrant des signes de trouble d'apprentissage ou d'incapacité motrice ou mentale.

APPROCHE D'INTERVENTION

OPÉRER UN CHANGEMENT : LA THÉRAPIE BRÈVE

Le processus thérapeutique proposé par les Services d'aide est axé sur la résolution de problème; il a pour objectif de reconnaître rapidement la problématique et de cibler des solutions pouvant améliorer la situation à courte échéance. C'est ce qu'on appelle la thérapie brève.

Dans un premier temps, un jumelage est effectué entre la personne en difficulté et un intervenant; ce jumelage tient compte de divers critères, dont la nature de la problématique et la situation géographique de la personne assurée.

Ensuite, la thérapie proprement dite débutera, prenant la forme de consultations en cabinet ou par téléphone. La thérapie brève focalise l'énergie du client sur la mise en application des solutions retenues, par opposition à une démarche analysant le problème et les facteurs ayant contribué à son apparition et à sa persistance dans le temps.

Sous certaines conditions, la thérapie brève peut se prolonger à la demande du client ou si son thérapeute le juge nécessaire. Si tel est le cas, la personne sera invitée à poursuivre le travail amorcé. Si cette option n'est pas envisageable, la personne sera alors dirigée vers une ressource d'aide offerte dans la communauté, telle qu'un groupe de soutien, une clinique ou un CLSC.

Au plus tard
24 à 72 heures
après l'évène-
ment, les
travailleurs sont
rencontrés par
une équipe de
spécialistes qui
leur fournit du
soutien et de
l'information
utile.

INTERVENIR D'URGENCE : LE COUNSELING TÉLÉPHONIQUE

Parmi les motifs de consultation considérés comme urgents figurent notamment l'idéation suicidaire, la crise de panique et l'état de choc. Lorsqu'une demande d'aide de cette nature parvient au programme CONSTRUIRE *en santé*, un intervenant en santé mentale est joint sans délai par le Service de première ligne. Cet intervenant entre alors en communication avec la personne en difficulté afin de désamorcer la crise et d'assurer sa sécurité ainsi que celle de ses proches.

Il arrive que le counseling téléphonique d'urgence ne suffise pas pour surmonter une crise. Lorsqu'une telle situation survient, les Services d'aide alertent les services d'urgence. Ces derniers prennent rapidement le relai des Services d'aide et hospitalisent la personne si nécessaire.

INTERVENIR SUR LES CHANTIERS : L'INTERVENTION POST-TRAUMATIQUE

Les travaux sur les chantiers de construction, de par leur nature même, peuvent donner lieu à des accidents. Par ailleurs, les personnes ayant été témoins d'un accident grave sur le chantier sont à risque de développer ce qu'on appelle l'état de stress post-traumatique; c'est pourquoi elles bénéficient d'un soutien psychologique. L'on réfère à ce soutien par les termes intervention post-traumatique; il s'agit d'un service offert directement sur le chantier et ayant comme objectif de prévenir l'apparition de symptômes de stress psychologique et de troubles émotifs après un événement de nature traumatisante.

À la suite d'un événement potentiellement traumatisant, des séances de groupe sont organisées afin de permettre à chacun, victime ou témoin d'une situation grave, de verbaliser et de normaliser les réactions qu'il ou elle peut éprouver. Des outils et des stratégies sont aussi suggérés aux participants, cela en vue de diminuer l'impact négatif d'une telle expérience.

La coordination des interventions post-traumatiques est assurée par le Service de première ligne dans les jours qui suivent l'accident. À la suite d'une alerte reçue à CONSTRUIRE *en santé*, une infirmière communique avec les Services d'aide qui, à leur tour, mettent en place une cellule de gestion de crise sur le chantier concerné. Au plus tard 24 à 72 heures après l'événement, les travailleurs sont rencontrés par une équipe de spécialistes qui leur fournit du soutien et de l'information utile.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

NOMBRE D'INTERVENTIONS

- Cette année, les Services d'aide ont traité 4 595 dossiers, une baisse de 1,6 % par rapport à 2011, où 4 672 dossiers avaient été traités. Notons que les demandes d'aide acheminées aux Services d'aide représentent environ 50 % des demandes totales reçues à CONSTRUIRE *en santé*.
- Un total de 10 interventions post-traumatiques ont été menées en 2012, comparative-ment à 6 en 2011; ceci représente une hausse de 65 %.
- L'orthopédagogie et l'ergothérapie, deux catégories de service offertes aux jeunes de moins de 18 ans, ont totalisé 8 659 heures d'intervention. Rappelons que CONSTRUIRE *en santé* est l'un des rares programmes québécois de santé à offrir ce type de soin.

UTILISATEURS DES SERVICES D'AIDE

- Les utilisateurs principaux des Services d'aide sont les travailleurs assurés par MÉDIC Construction, suivis de près par la clientèle de la catégorie enfants à charge, dont le nombre croît d'année en année.

ANALYSE DES FAITS SAILLANTS

- *Mars, avril et décembre sont les mois de consultation les plus achalandés*

En 2012, les périodes de consultation les plus achalandées ont été les mois de mars, d'avril et de décembre, une tendance que l'on observe également dans les autres milieux de travail. Différents facteurs peuvent expliquer le phénomène, notamment la baisse de luminosité marquée, en décembre, souvent associée à des troubles de l'humeur. L'approche du temps des fêtes, pouvant occasionner chez certains des soucis financiers et un niveau élevé de stress, est une autre hypothèse retenue pour expliquer la hausse des consultations en décembre.

Pour ce qui est des mois de mars et d'avril, ils coïncident avec l'imminence de la période des examens qui marquent la fin de l'année scolaire. Les services d'orthopédagogie de CONSTRUIRE *en santé* étant très sollicités, nous croyons que cela peut avoir une incidence sur l'augmentation de l'achalandage au printemps.



- *Le taux d'utilisation des Services d'aide représente un infime 3,07 %.*

Le taux d'utilisation des services d'aide du programme CONSTRUIRE *en santé* se situe à 3,07 %. Ce taux est très bas comparativement aux taux d'utilisation enregistrés dans les autres milieux de travail, par exemple le secteur manufacturier (6,24 %) ou le secteur public (4,25 %). Ce résultat nous paraît d'autant plus surprenant que la gamme des services offerts aux personnes assurées par MÉDIC Construction est diversifiée et de très grande qualité. L'explication la plus plausible demeure la suivante : les problèmes de santé psychologique demeurent tabous au sein de l'industrie de la construction, ce qui entraîne une réticence à consulter chez les travailleurs et les travailleuses qui ont besoin d'aide.

- *Les travailleurs représentent 40 % du nombre de consultations, les enfants en représentent 35 % et les conjoints, 25 %.*

Comme ce fut le cas en 2011, la principale clientèle ayant consulté les Services d'aide en 2012 sont des travailleurs (40 %), suivis des enfants (35 %) et, enfin, des conjoints (25 %). Il est intéressant de noter que, contrairement à ce qu'on remarque dans les autres milieux de travail, la proportion d'enfants dirigés vers les Services d'aide est très élevée; ce phénomène est sans doute lié à la grande popularité du service d'orthopédagogie offert par CONSTRUIRE *en santé*. Ceci démontre, selon nous, l'importance de la réussite scolaire au sein de l'industrie de la construction.

- *Les principaux travailleurs qui consultent se situent dans la « tranche d'âge » de 31 à 40 ans.*

De manière générale, la trentaine est une période charnière pour bien des travailleurs, car la conciliation travail-famille représente souvent un défi de taille. Les personnes de ce groupe d'âge sont aussi réputées avoir moins de réticences que les autres groupes d'âge quand vient le temps de demander de l'aide pour surmonter des difficultés d'ordre psychologique. C'est sans doute ce qui explique pourquoi les 31 à 40 ans sont les personnes ayant le plus sollicité les Services d'aide en 2012. Il s'agit, par ailleurs, d'une tendance qu'on observe dans les autres milieux de travail.

- *L'on rapporte une fréquence toute particulière des consultations pour des motifs regroupés sous les catégories conjugale, maritale et familiale.*

Les motifs de consultation regroupés sous les catégories « familiale », « conjugale » et « maritale » sont, de loin, les plus fréquents; ce phénomène semble s'expliquer en partie par les conditions de travail des travailleurs de l'industrie de la construction. En effet, les membres de

l'industrie sont parfois appelés à travailler en région ou selon des horaires atypiques. Ces conditions peuvent compliquer la vie familiale, notamment chez les 31 à 40 ans, le groupe ayant le plus sollicité les Services d'aide en 2012. Toutefois, il est important de souligner qu'en général, dans les autres milieux de travail, les motifs de consultation les plus fréquents se concentrent aussi sous les catégories « familiale » ainsi que « conjugale » et « maritale ». Nous ne sommes donc pas en présence d'un phénomène isolé.

• *Les motifs de consultation relatifs à l'emploi sont d'abord l'épuisement, puis l'anxiété ou l'angoisse.*

En 2012, l'épuisement était la principale raison de consultation liée à la sphère du travail; elle était suivie des problèmes d'anxiété et d'angoisse. Cependant, il est important de le souligner, les demandes d'aide liées à l'emploi demeurent parmi les motifs de consultation les moins courants au sein de l'industrie de la construction.

TABLEAU COMPARATIF DES ANNÉES 2010, 2011 ET 2012

	2010	2011	2012
NOMBRE DE PERSONNES RÉFÉRÉES AUX SERVICES D'AIDE	3 757	4 672	4 595
NOMBRE D'HEURES DE CONSULTATION	23 216	9 334 *	28 657
MOYENNE D'HEURES DE CONSULTATION PAR PERSONNE	6,2	5,11 *	7,27
TAUX DE CONSULTATION (NOMBRE DE PERSONNES DIFFÉRENTES QUI ONT CONSULTÉ / NOMBRE DE SALARIÉS)	3,41 %	1,46 %	3,7 %
COÛTS ASSOCIÉS AUX SERVICES D'AIDE	1 857 280 \$	2 220 100 \$	2 415 369 \$

* Données partielles compte tenu d'un changement de fournisseur en 2011

Note : En 2012, 2 990 personnes ont consulté les Services d'aide pour une première fois.

LES BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES D'AIDE

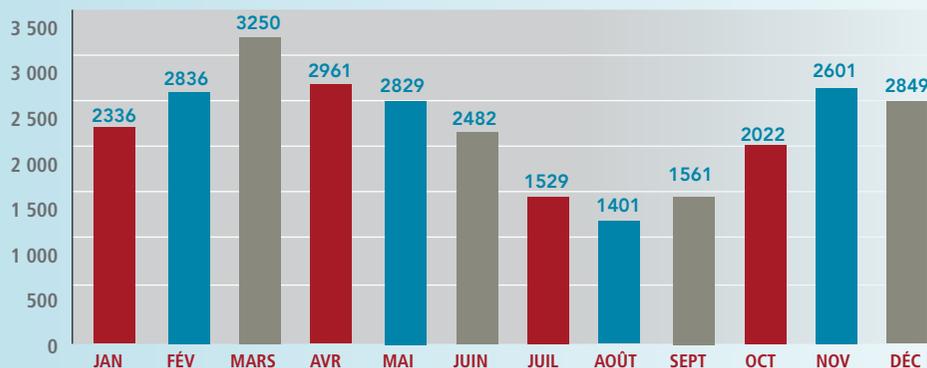
En 2012, les utilisateurs majoritaires des Services d'aide étaient des travailleurs; venaient ensuite, respectivement, les enfants et les conjoints.

	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES SELON LE SEXE		POURCENTAGE SELON LE SEXE		POURCENTAGE SELON LA CATÉGORIE
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	
SALARIÉS	1 535	43	97 %	3 %	40 %
ENFANTS	776	595	57 %	43 %	35 %
CONJOINTS	9	983	1 %	99 %	25 %
TOTAL	2 320	1 621	59 %	41 %	100 %

GROUPE D'ÂGE ET SEXE DES INDIVIDUS

GROUPE D'ÂGE	TRAVAILLEURS		CONJOINTS/ENFANTS		TOTAL	
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES		
20 ANS ET MOINS	1	2	562	761	1 326	34 %
21 À 30 ANS	9	237	164	15	425	11 %
31 À 40 ANS	20	577	387	0	984	25 %
41 À 50 ANS	9	430	265	4	708	18 %
51 ANS ET PLUS	5	289	197	1	492	12 %
TOTAL	44	1 535	1 575	781	3 935	100 %

NOMBRE D'HEURES DE CONSULTATION PAR MOIS



ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION

MOTIFS DE CONSULTATION	NOMBRE D'INDIVIDUS	NOMBRE D'HEURES	
ORTHOPÉDAGOGUE (INTERVENTION)	606	6 424	10,6
CONJUGAL/MARITAL	867	4 205	4,8
ERGOTHÉRAPEUTE	260	2 234	8,6
ANXIÉTÉ/ANGOISSE	391	2 224	5,7
DIVORCE/SÉPARATION	324	1 644	5,1
ÉDUCATION DES ENFANTS	266	1 246	4,7
CERCLE FAMILIAL	233	1 187	5,1
DÉPRESSION	192	1 181	6,1
ORTHOPÉDAGOGUE (ÉVALUATION)	388	922	2,4
ERGOTHÉRAPEUTE (ÉVALUATION)	202	504	2,5
RELATIONS INTERPERSONNELLES	84	478	5,7
ESTIME DE SOI	101	456	4,5
ABSENCE	712	450	0,6
TROUBLES SEXUELS	75	438	5,8
ÉPUISEMENT	69	391	5,7
RÉACTION DE DEUIL	68	381	5,6
STRESS	80	355	4,4
COMPORTEMENT	56	253	4,5
TROUBLES SCOLAIRES	48	244	5,1
MALADIE	42	239	5,7
AFFIRMATION DE SOI	40	234	5,9
COLÈRE	50	231	4,6
TROUBLES D'ADAPTATION	45	212	4,7
RELATIONS SOCIALES	36	200	5,6
USAGE DE DROGUES	43	176	4,1
CONFLITS DE TRAVAIL	25	157	6,3
DOULEURS CHRONIQUES	24	155	6,5

ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION (SUITE)

MOTIFS DE CONSULTATION	NOMBRE D'INDIVIDUS	NOMBRE D'HEURES	
ALCOOL	33	153	4,7
STRESS ORGANISATIONNEL	15	116	7,7
USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL	31	114	3,7
INSATISFACTION	22	100	4,5
TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	21	98	4,7
CARRIÈRE	21	96	4,6
CRISE EXISTENTIELLE	24	95	4,0
PHOBIE	18	83	4,6
DÉPENDANCE AFFECTIVE	17	82	4,9
POST-TRAUMATIQUE	18	82	4,6
TROUBLE DE PANIQUE	15	78	5,2
PERFORMANCE	14	71	5,1
PERTE D'EMPLOI	14	68	4,9
RELATION AVEC LE SUPÉRIEUR	14	57	4,1
HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE	10	55	5,6
IMPACT DE L'ALCOOLISME	16	55	3,5
RELATIONS AVEC LES COLLÈGUES	11	48	4,4
FRATRIE	12	47	4,0
SUICIDE	11	47	4,3
JEU COMPULSIF	6	45	7,5
TRAUMATISME	16	42	2,6
ALIMENTAIRE	5	30	6,0
ABUS SEXUEL	10	28	2,9
INSOMNIE	5	28	5,6
ASSAUT	6	20	3,3
AUTRES	4	19	4,9

ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION (SUITE)

MOTIFS DE CONSULTATION	NOMBRE D'INDIVIDUS	NOMBRE D'HEURES	
PSYCHIATRIQUE	4	17	4,4
CONJOINT	5	16	3,2
RETRAITE	1	11	11
DÉPENDANCE PHARMACOLOGIQUE	2	6	3,0
SPÉCIALISTE	1	6	6,0
VIOLENCE	2	2	1,0
AGRESSION SEXUELLE	1	2	2,0
TEMPS DE DÉPLACEMENT	1	2	2,0
LÉGAL	1	2	2,0
TOTAL	5 734	28 657	5,0

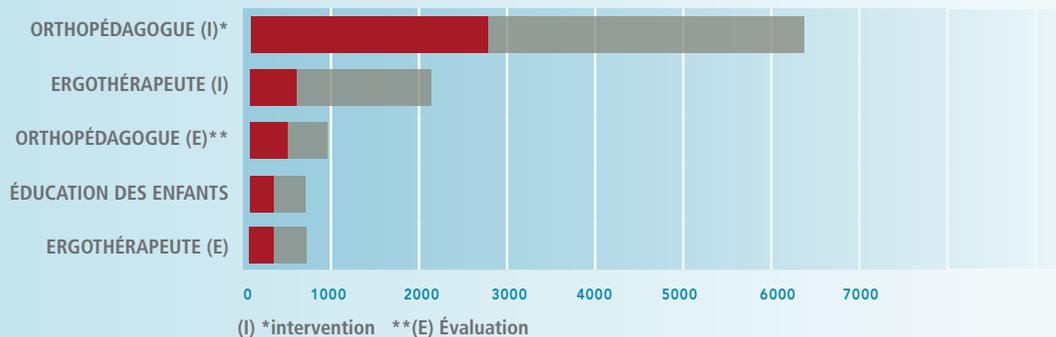
Note : L'écart entre le nombre d'individus compilés dans ce tableau et le nombre total de consultations s'explique par le fait qu'un seul individu peut avoir plusieurs motifs de consultation. Ainsi, 1 268 individus ont consulté pour 2 motifs, 219 individus ont consulté pour 3 motifs, 18 individus ont consulté pour 4 motifs, 7 individus ont consulté pour 5 motifs et 1 un individu a consulté pour 6 motifs.

RÉPARTITION DES HEURES POUR LES PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION

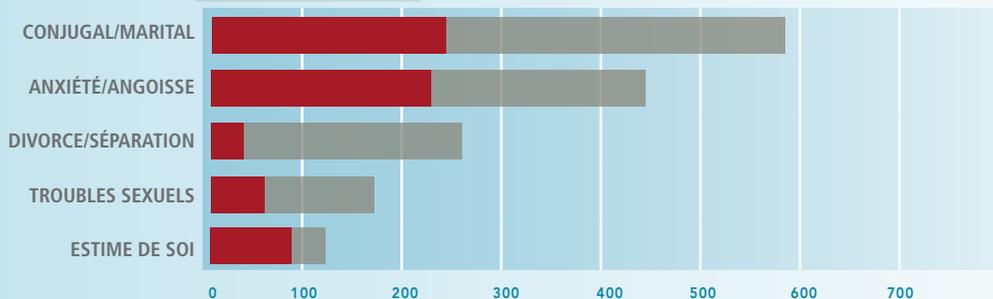
MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE D'HEURES	POURCENTAGE
ORTHOPÉDAGOGIE (INTERVENTION)	6 424	22 %
CONJUGAL/MARITAL	4 205	15 %
ERGOTHÉRAPIE (INTERVENTION)	2 234	8 %
ANXIÉTÉ/ANGOISSE	2 224	8 %
DIVORCE/SÉPARATION	1 644	6 %

NOMBRE D'HEURES DE CONSULTATION POUR LES MOTIFS PRINCIPAUX, PAR TRANCHE D'ÂGE

20 ans et moins

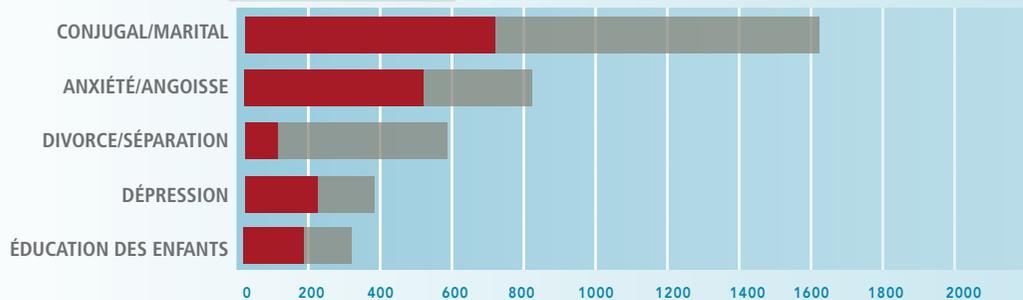


21 à 30 ans

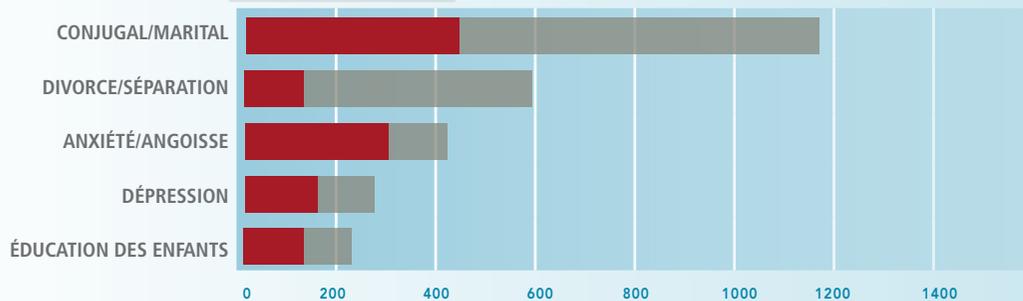


■ Femmes
■ Hommes

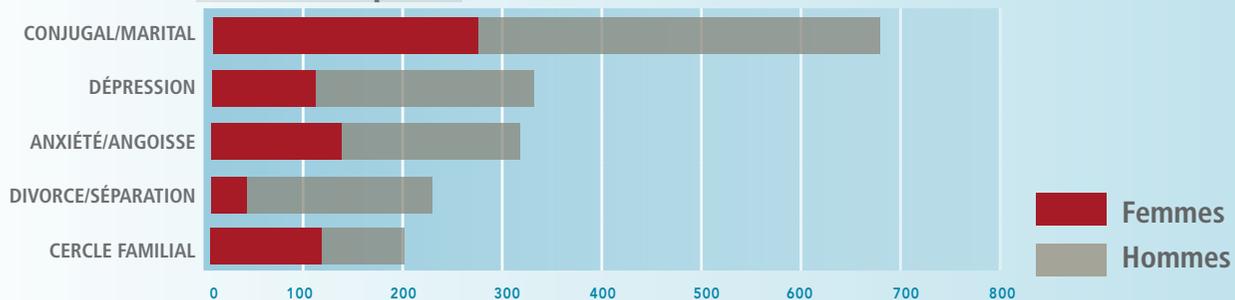
31 à 40 ans



41 à 50 ans

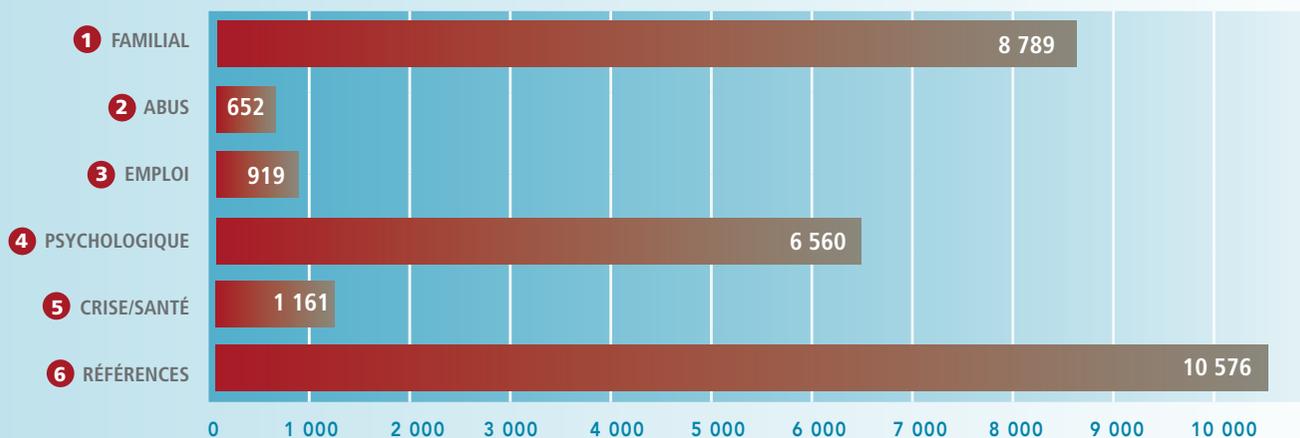


51ans et plus



ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION

Nombre d'heures de consultation par motif de consultation.



1 FAMILIAL

- 1.1 Impact de l'alcoolisme
- 1.2 Cercle familial
- 1.3 Conjugal/Marital
- 1.4 Éducation des enfants
- 1.5 Fratrie
- 1.6 Relations sociales
- 1.7 Troubles scolaires
- 1.8 Divorce/Séparation

2 ABUS

- 2.1 Drogues
- 2.2 Alcool
- 2.3 Drogues/Alcool
- 2.4 Dépendance pharmacologique
- 2.5 Jeu
- 2.6 Alimentaire
- 2.7 Sexuel
- 2.8 Conjoint
- 2.9 Inceste

3 EMPLOI

- 3.1 Performance
- 3.2 Carrière
- 3.3 Conflits
- 3.4 Insatisfaction
- 3.5 Harcèlement non spécifique
- 3.6 Supervision
- 3.7 Post-traumatique
- 3.8 Épuisement
- 3.9 Perte d'emploi
- 3.10 Rel. avec collègues
- 3.11 Rel. avec un subordonné
- 3.12 Rel. avec un supérieur
- 3.13 Harcèlement sexuel
- 3.14 Harcèlement psychologique
- 3.15 Violence
- 3.16 Stress organisationnel

4 PSYCHOLOGIQUE

- 4.1 Anxiété/Angoisse
- 4.2 Dépression
- 4.3 Stress
- 4.4 Phobie
- 4.5 Relations interpersonnelles
- 4.6 Sexuel
- 4.7 Estime de soi
- 4.8 Colère
- 4.9 Comportement
- 4.10 Troubles de personnalité
- 4.11 Trouble de panique
- 4.12 Insomnie
- 4.13 Affirmation de soi

5 CRISE/SANTÉ

- 5.1 Assaut
- 5.2 Viol
- 5.3 Suicide
- 5.4 Traumatismes
- 5.5 Réaction de deuil
- 5.6 Tristesse
- 5.7 Psychiatrie
- 5.8 Douleurs chroniques
- 5.9 Maladie
- 5.10 Troubles d'adaptation

6 RÉFÉRENCES

- 6.1 Financière
- 6.2 Légal
- 6.3 Aînés/santé des enfants
- 6.4 Retraite
- 6.5 Désintoxication/hospitalisation
- 6.6 Spécialiste
- 6.7 Autres (spécifier)
- 6.8 Absence
- 6.9 Diététique
- 6.10 Orthopédagogie (Évaluation)
- 6.11 Orthopédagogie (Intervention)
- 6.12 Ergothérapie (Évaluation)
- 6.13 Ergothérapie (Intervention)
- 6.14 Temps de déplacement

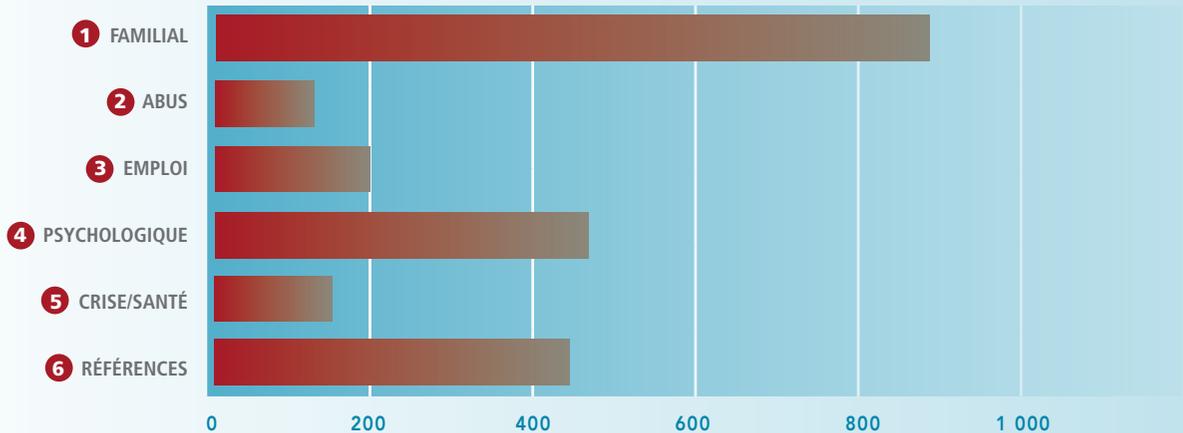
ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION

Catégorie de clientèle : **Travailleurs**

Nombre de personnes ayant consulté pour cette catégorie : 2 174

L'écart entre le nombre d'individus compilés dans ce tableau et le nombre total de consultations s'explique par le fait qu'un seul individu peut avoir plusieurs motifs de consultation primaires (421 individus ont consulté pour 2 motifs, 77 individus ont consulté pour 3 motifs, 2 individus ont consulté pour 4 motifs, 3 individus ont consulté pour 5 motifs).

Nombre d'heures de consultation par motif de consultation.



Motifs de consultation représentant la majorité du nombre d'heures dans les catégories principales :

- 1.3 – Conjugal/Marital : 2 639 heures
- 1.8 – Divorce/Séparation : 1 262 heures
- 4.1 – Anxiété/Angoisse : 735 heures

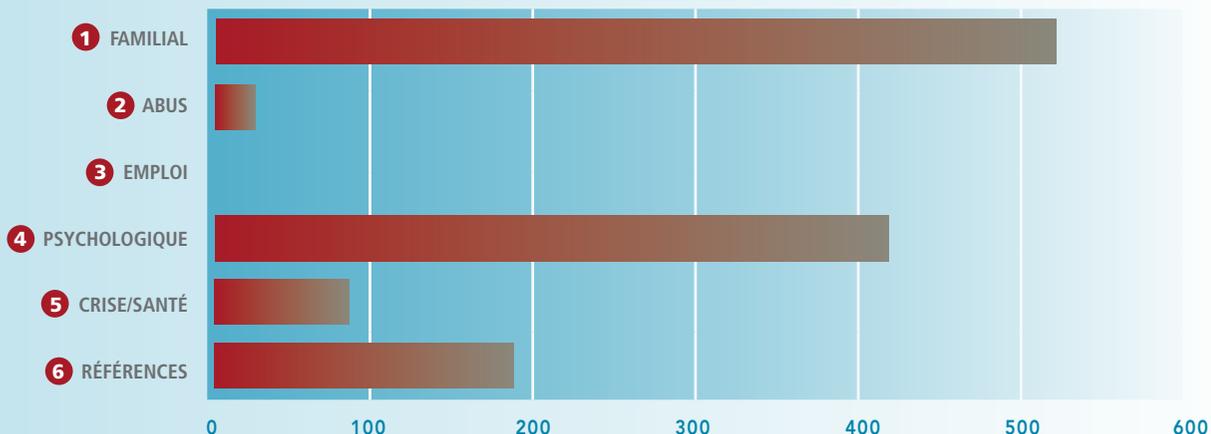
ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION

Catégorie de clientèle : **Conjoints**

Nombre de personnes ayant consulté pour cette catégorie : 1 245

L'écart entre le nombre de personnes compilées dans ce tableau et le nombre total de consultations s'explique par le fait qu'un seul individu peut avoir plusieurs motifs de consultation primaires (199 individus ont consulté pour 2 motifs, 24 individus ont consulté pour 3 motifs, 2 individus ont consulté pour 4 motifs).

Nombre d'heures de consultation par motif de consultation.



Motifs de consultation représentant la majorité du nombre d'heures dans les catégories principales :

- 1.3 – Conjugal/Marital : 1 517 heures
- 4.1 – Anxiété/Angoisse : 1 012 heures
- 4.2 – Dépression : 555 heures

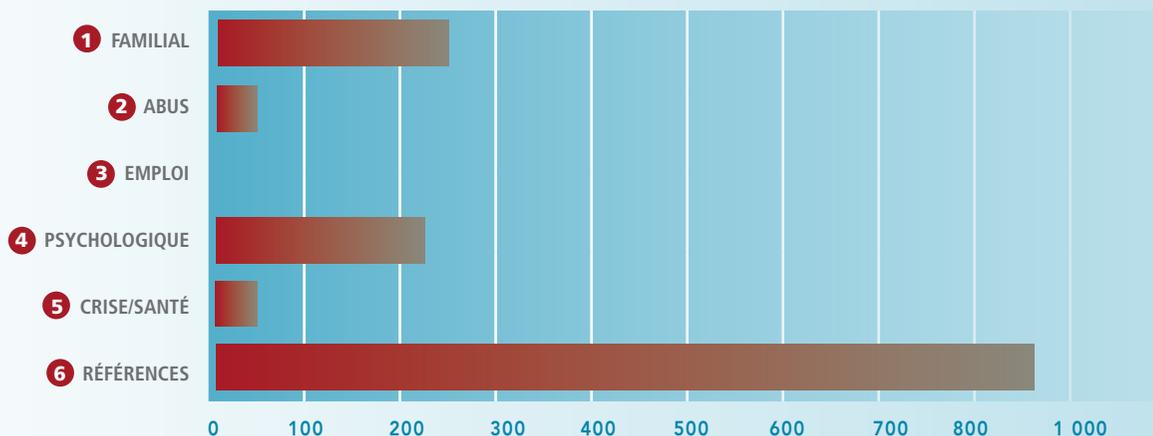
ANALYSE DES HEURES DE CONSULTATION

Catégorie de clientèle : **Enfants**

Nombre de personnes ayant consulté pour cette catégorie : 1 494

L'écart entre le nombre de personnes compilées dans ce tableau et le nombre total de consultations s'explique par le fait qu'un seul individu peut avoir plusieurs motifs de consultation primaires (104 individus ont consulté pour 2 motifs, 11 individus ont consulté pour 3 motifs).

Nombre d'heures de consultation par motif de consultation.



Motifs de consultation représentant la majorité du nombre d'heures dans les catégories principales :

6.11 – Orthopédagogue (I)* : 6 424 heures

6.13 – Ergothérapeute (I)* : 2 234 heures

6.10 – Orthopédagogue (E)** : 922 heures

* Intervention

** Évaluation

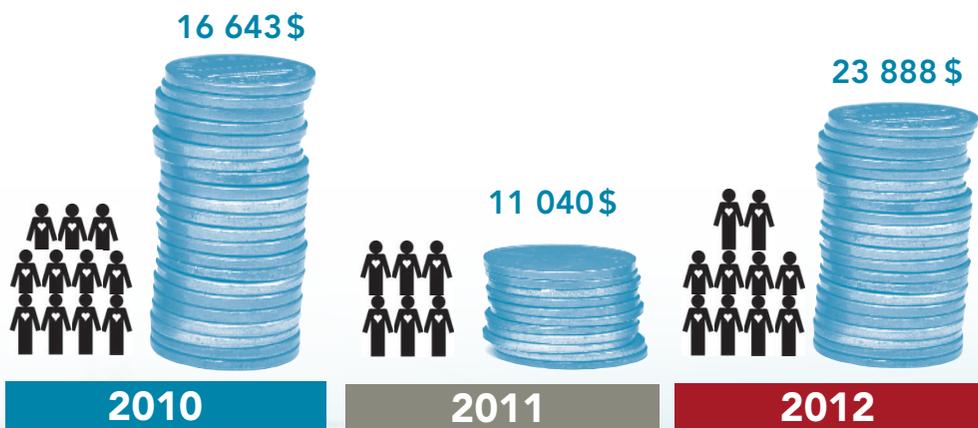
INTERVENTIONS POST-TRAUMATIQUES EN 2012

DATE DE L'INTERVENTION	LIEU	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES EN GROUPE	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES INDIVIDUELLEMENT
JANVIER 2012	Montréal	16	12
JANVIER 2012	Rouyn-Noranda	2	Aucun
AVRIL 2012	Québec	Tous les employés	11
MAI 2012	Fermont	60	12
JUIN 2012	Pintendre	13	Aucun
JUILLET 2012	Québec	9	Aucun
SEPTEMBRE 2012	Beaupré	3	6
SEPTEMBRE 2012	Beaupré	50	12
OCTOBRE 2012	Beaupré	5	4
NOVEMBRE 2012	New-Richmond	4	1

En 2012, dans le cadre des interventions post-traumatiques effectuées à la suite d'accidents graves survenus sur des chantiers de construction, plus de 200 travailleurs ont participé à des séances de groupe en vue d'offrir du soutien psychologique, alors que 58 travailleurs ont reçu des services d'aide individuelles. Ces services sont donnés par des professionnels de la relation d'aide spécifiquement formés à intervenir lors de situation de crise. Ces derniers sont dépêchés sur les lieux de l'accident et y rencontrent les travailleurs dans les heures ou les jours qui suivent.

À la suite des interventions post-traumatiques faites sur les chantiers de construction cette année, les travailleurs et les responsables ont témoigné leur satisfaction à l'égard de l'aide leur ayant été apportée.

DÉBOURS ENCOURUS POUR LES INTERVENTIONS POST-TRAUMATIQUES EN 2010, 2011 ET 2012



Nombre d'interventions post-traumatiques

LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

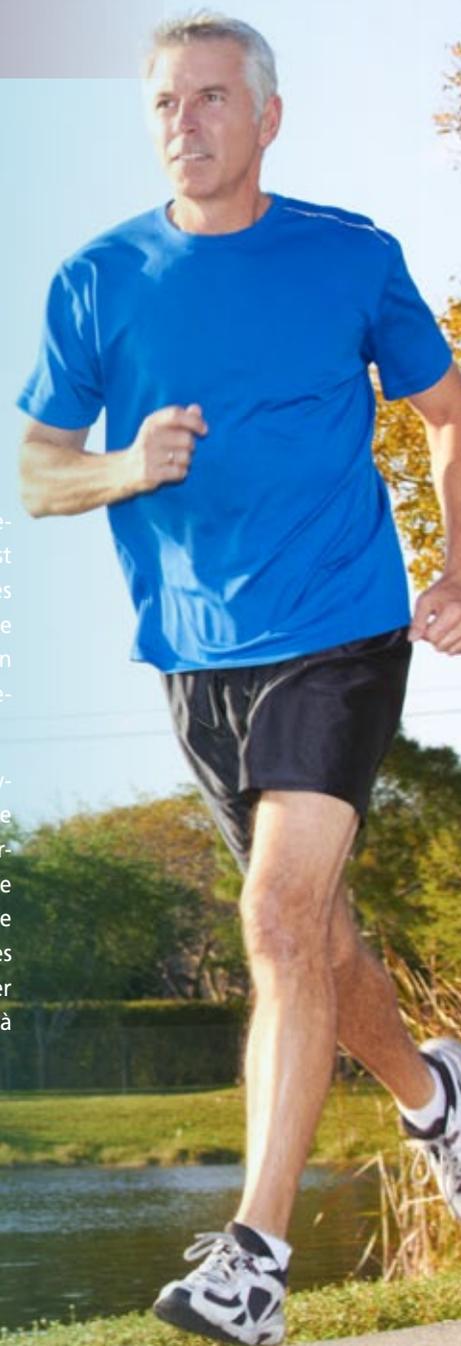
2012 EN BREF

- Les Services de santé physique ont traité 792 dossiers.
- Le volume de références a connu une baisse, notamment dans le soutien aux traitements contre l'obésité et la gestion des maladies chroniques.
- Parmi les personnes aidées pour la cessation tabagique avec le traitement au laser, 78 % étaient toujours en arrêt tabagique après 6 mois, alors que 22 % avaient rechuté.

DÉFINITION

Nous l'avons mentionné précédemment dans ce rapport, plus de 20 % des Québécois et Québécoises n'ont toujours pas de médecin de famille¹. Pourtant, la prévalence de l'obésité est importante au sein de notre population et, selon les plus récentes données, touche 22 % des adultes, selon les plus récentes données². Le taux de tabagisme et la consommation moyenne de sodium se situent également parmi les plus élevés au pays. Qui plus est, malgré un déclin de l'incidence des maladies cardiovasculaires au cours des quarante dernières années, la prévalence des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins demeure élevée dans la province³.

Heureusement pour les personnes assurées par MÉDIC Construction, les Services de santé physique sont là pour les aider à normaliser et à maîtriser tout problème de santé touchant le système respiratoire, digestif, cardiovasculaire ou nerveux central, et notamment le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, l'asthme, l'embonpoint et l'obésité. Les Services de santé physique se donnent aussi la mission d'accompagner les personnes à risque de développer une maladie chronique en accordant une place de choix à la promotion des saines habitudes de vie. Ultiment, ces services visent à outiller la clientèle dans le but de l'inciter à prendre sa santé en main de manière autonome et ainsi s'offrir une belle qualité de vie à long terme.



¹TRAORÉ, Issouf et Linda CAZALE. *Qui n'a pas de médecin de famille au Québec?*, Institut de la statistique du Québec, 2008.

²Chaire sur l'obésité de l'Université Laval, 2005.

³Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2006.

RÔLES

- Aider les personnes assurées par MÉDIC Construction à adopter et à maintenir de saines habitudes de vie.
- Fournir des suivis thérapeutiques aux personnes souffrant d'une maladie chronique affectant le système respiratoire, digestif, cardiovasculaire ou nerveux central.
- Sensibiliser les personnes souffrant d'une maladie chronique aux avantages d'une bonne gestion de leur problème de santé.
- Fournir des recommandations sur les bonnes habitudes de vie: hygiène du sommeil, gestion du stress, alimentation équilibrée, etc.
- Coordonner les soins pré et post-opératoires ou pré et post-hospitalisation.

APPROCHE D'INTERVENTION

AIDER À RETROUVER LA SANTÉ ET À LA PRÉSERVER

- Les Services de santé physique sont composés d'une équipe multidisciplinaire offrant des services d'infirmier, de nutrition et de kinésiologie; de plus, un pharmacien et un médecin agissent à titre de conseillers auprès de ces professionnels de la santé. Selon la nature de la demande, le client est mis en communication téléphonique avec l'un ou l'autre de ces professionnels de la santé, qui entreprend ensuite un suivi thérapeutique à court ou à long terme.

• *Volet 1: gestion des maladies chroniques*

Être aux prises avec une maladie chronique telle que le diabète de type 2 ou l'hypercholestérolémie peut susciter une foule de questions. L'assistance d'une infirmière des Services de santé physique peut alors être bénéfique pour la personne qui souhaite améliorer ou rétablir sa condition et éviter les complications pouvant en découler.

• *Volet 2: soutien en cessation tabagique – traitement au laser*

Le programme d'abandon du tabac mis en place par les Services de santé physique aide les membres de l'industrie de la construction et leur famille à augmenter leurs chances de succès lorsqu'ils cherchent à cesser de fumer, notamment lorsqu'ils ont recours au traitement au laser. Rappelons que les personnes assurées par MÉDIC Construction peuvent recevoir, sous certaines conditions, un remboursement pour le traitement au laser. Le soutien en cessation tabagique est un service populaire offert par le truchement de suivis téléphoniques effectués par des infirmières.

• Volet 3 : service pré et post-opératoire et pré et post-hospitalisation

Ce service est offert aux personnes en attente d'une chirurgie ou d'une hospitalisation. Dans le cadre de ce service, une infirmière guide la personne tout au long des démarches et, lorsqu'il s'agit de convalescence, des soins nécessaires au moment de la convalescence (physiothérapie, ergothérapie, etc.). Au besoin, l'infirmière s'occupe de coordonner la prestation de services avec les intervenants du réseau de la santé publique, ce qui simplifie les démarches pour la personne assurée.

• Volet 4 : soutien dans le traitement pour l'obésité

Les personnes atteintes d'obésité ou d'embonpoint sévère doivent, bien souvent, revoir en profondeur leurs habitudes de vie pour recouvrer la santé ou éviter l'apparition de maladies chroniques. Il leur est alors proposé par les Services de santé physique d'avoir un suivi intensif en nutrition dans le cadre duquel elles reçoivent des recommandations personnalisées en matière d'alimentation et de perte de poids. À CONSTRUIRE *en santé*, ce service est spécialement destiné aux personnes qui suivent une thérapie médicamenteuse pour traiter l'obésité (soit Xénical^{MD} et Méridia^{MD}).

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

NOMBRE D'INTERVENTIONS

Le motif de consultation le plus courant est demeuré le soutien pour la cessation tabagique en lien avec le traitement au laser. Le motif de consultation le plus courant est demeuré le soutien en cessation tabagique en lien avec le traitement au laser. Le soutien en cessation tabagique par traitement au laser est d'ailleurs le service le plus utilisé depuis 2008 au sein des Services de santé physique. D'autres services sont, au contraire, de moins en moins sollicités. C'est le cas de la gestion des maladies chroniques ainsi que du soutien pour le traitement de l'obésité.

Les coûts de fonctionnement se sont élevés à 562 330 \$ en 2012. En 2011, ils s'étaient élevés à 534 880 \$.

SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

Depuis 2007, les suivis thérapeutiques de longue durée sont plus importants que ceux de courte durée, notamment à cause de la popularité grandissante du soutien en cessation tabagique par traitement au laser. La tendance s'est maintenue en 2012.



LES INDICATEURS GÉNÉRAUX

Les indicateurs généraux sont des variables permettant d'évaluer la performance des différents programmes offerts par les Services de santé physique.

Les résultats de l'année 2012 sont basés sur 382 dossiers fermés, une situation similaire à celle de 2011, où l'on avait dénombré 385 dossiers fermés.

• *Recommandations et suivis*

Parmi les personnes qui ont eu recours aux Services de santé physique cette année, 95 % ont suivi les recommandations personnalisées formulées par l'infirmière, par exemple celle de cesser de fumer, de consommer plus d'aliments riches en fibres alimentaires, de boire plus d'eau ou encore de pratiquer une activité physique quotidienne. Comparativement aux résultats de 2011, il s'agit d'une augmentation notable de 5 %. Il est intéressant de noter que la même augmentation se reflète sur le nombre de personnes ayant complété leur programme ainsi que sur le nombre de participants et participantes ayant atteint leur objectif santé ou en voie de l'atteindre. De plus, cette hausse démontre clairement que les personnes assurées par MÉDIC Construction et leur famille accueillent favorablement les conseils qui leur sont donnés par l'équipe des Services de santé physique.

• *Présence et fidélité aux rendez-vous*

Encore cette année, plusieurs personnes assurées se sont prévaluées du service de relance téléphonique offert par les Services de santé physique, grâce auquel elles peuvent se faire remémorer leur rendez-vous par l'infirmière 24 heures ouvrables avant l'entretien téléphonique. Cette mesure s'avère très efficace pour accroître le taux de présence aux rendez-vous, puisqu'elle permet notamment à la clientèle de reporter l'entretien si un empêchement survient entretemps.

En 2012, le taux de présence aux rendez-vous a connu une baisse de 1 % par rapport à 2011; ceci qui correspond à moins de deux rendez-vous manqués au cours de l'année. Le taux de fidélité aux rendez-vous a, quant à lui, connu une hausse de 1 %, c'est-à-dire que moins de deux rendez-vous ont été reportés en 2012. En résumé, les résultats démontrent que cet indice a peu fluctué au cours des deux dernières années.





79 % des personnes aidées disent avoir atteint leur cible santé, une hausse de 9,4 % par rapport à l'année dernière.

• *Prise adéquate de la médication*

Il arrive que la clientèle des Services de santé physique suive une thérapie médicamenteuse pour un problème de santé donné. Lorsque c'est le cas, l'infirmière évalue l'adéquation entre l'ordonnance médicale et les habitudes de prise de médicaments de la personne. C'est ce qu'on appelle « l'adhésion à la thérapie médicamenteuse ».

En 2012, cet indicateur a subi une baisse de 5 %, c'est-à-dire que cette année, les personnes aidées ont été moins nombreuses à suivre fidèlement leur traitement pharmacologique. De manière plus détaillée, 86 % de la clientèle a respecté sa thérapie médicamenteuse en 2012, comparativement à 91 % en 2011. Ceci étant dit, ce résultat n'est pas toujours représentatif de l'ensemble de ses clients, puisque la prise de médicament n'est pas nécessaire pour une bonne majorité d'entre elles, notamment celles inscrites au programme de soutien en cessation tabagique au laser, qui représentent près de 74 % des dossiers fermés en 2012.

• *Fermeture de dossiers*

La meilleure raison entraînant la fermeture d'un dossier est l'achèvement, par la clientèle, du programme dans lequel elle s'est engagée. L'année 2011 avait été marquée par une baisse considérable de gens complétant leur programme, cette baisse étant de l'ordre de 5,4 %. De meilleurs résultats ont été observés en 2012 à ce chapitre : les personnes aidées ont été 5 % plus nombreuses à avoir complété leur programme.

Par ailleurs, soulignons que cette année encore, un certain nombre de personnes ont suivi deux programmes consécutifs ou simultanés, par exemple le soutien en cessation tabagique et le soutien pour la perte de poids. Les Services de santé physique croient que ce genre de situation peut avoir une influence sur les résultats de cette variable.

• *Atteinte de l'objectif*

Il y a deux ans, 69 % des personnes aidées avaient déclaré avoir atteint leur objectif initial, tel que cesser de fumer ou perdre du poids. Les résultats de 2012 sont encore plus encourageants : 79 % des personnes aidées disent avoir atteint leur cible santé, une hausse de 9,4 % par rapport à l'année dernière. Les Services de santé physique sont convaincus, d'ailleurs, que ces résultats favorables sont le reflet de la qualité des suivis offerts par les infirmières, notamment quand vient le moment de déterminer les objectifs santé avec la clientèle.

- *État du stade de changement*

L'état de la personne aidée à la fin d'un programme constitue un bon indice pour savoir si ses efforts et le programme ont porté leurs fruits. Cette année, 77 % des personnes aidées ont affirmé être pleinement en maintien des changements amorcés durant leur démarche, comparativement à 71 % en 2011; ceci représente une hausse de 6 %. Rappelons qu'en 2011, cette variable avait subi une légère baisse de 2 %.

- *Programme pré ou post-opératoire et pré ou post-hospitalisation*

L'indicateur de satisfaction demeure un outil fiable pour évaluer la performance d'un programme. Réservé aux suivis pré ou post-opératoires et pré ou post-hospitalisation, il se mesure à l'aide d'un questionnaire présenté aux participants.

Encore cette année, 100 % des personnes aidées se sont dites satisfaites de ce programme, un résultat stable qui amène à croire que le niveau de satisfaction général demeure très élevé.

LES INDICATEURS DE SANTÉ

Les indicateurs de santé sont des variables permettant d'évaluer l'état de santé des personnes inscrites dans les programmes de gestion des maladies chroniques ou de gestion de poids offerts par les Services de santé physique.

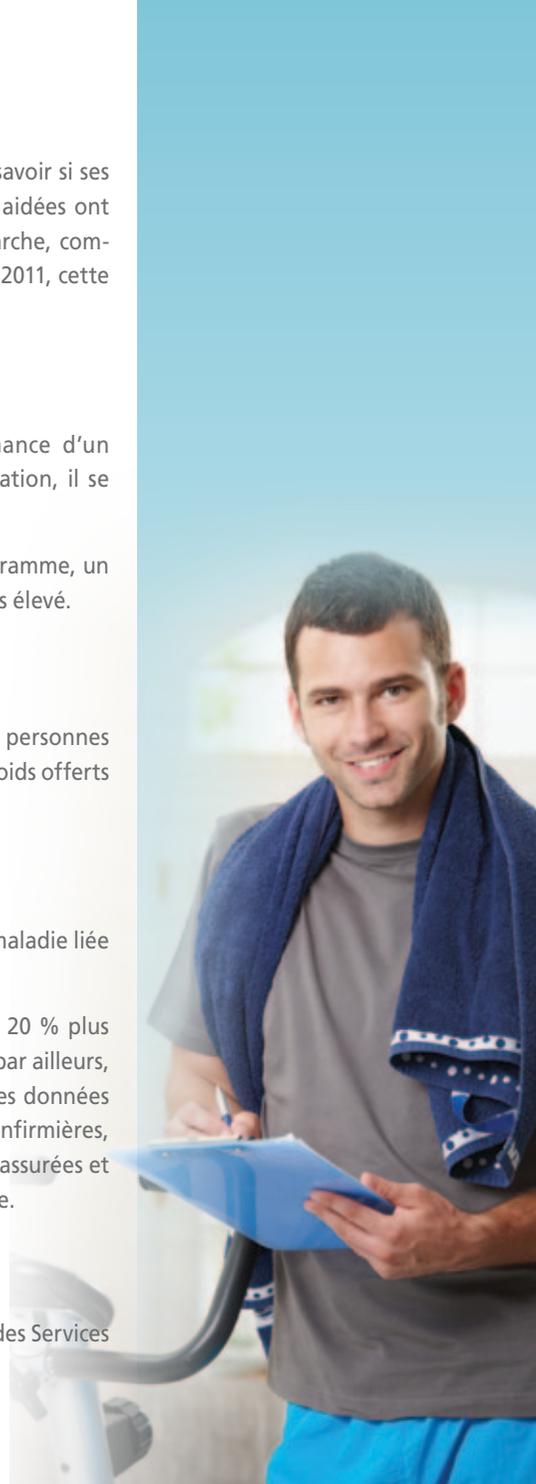
- *L'indice de masse corporelle (IMC)*

L'indice de masse corporelle, ou IMC, permet d'évaluer le risque de développer une maladie liée à un excès de poids.

En 2012, le nombre de personnes aidées ayant connu une baisse de leur IMC était 20 % plus nombreux qu'en 2011, ce qui constitue un résultat fort encourageant. Mentionnons, par ailleurs, que les baisses notées variaient de 1 à 6 points par rapport aux valeurs initiales. Ces données favorables s'expliquent, selon nous, par l'efficacité du suivi serré effectué par les infirmières, particulièrement lorsque vient le moment de bien cibler les objectifs des personnes assurées et de les aider à surmonter les difficultés qui se présentent tout au long de la démarche.

- *Perte de poids*

La perte de poids constitue un objectif santé pour une certaine partie de la clientèle des Services de santé physique.



En 2011, 68 % des personnes visant cet objectif avaient réussi à faire fondre les kilos en trop, et affichaient une perte de poids de 1 % à 10 % et plus par rapport à leur poids initial. En 2012, ce taux a atteint 72 %. Globalement, les personnes aidées ont été 4 % plus nombreuses en 2012 à atteindre cet objectif.

- *Pratique de l'activité physique*

Parmi les personnes aidées cette année, 82,5 % ont réussi à intégrer l'activité physique dans leur quotidien, une hausse de plus de 13 % par rapport à 2011 (69 %). Ce résultat favorable nous amène à croire que les personnes assurées par MÉDIC Construction sont de plus en plus sensibilisées aux bienfaits de cette saine habitude de vie sur leur santé.

- *Saine alimentation*

En 2011, on avait noté une légère hausse de 1,5 % dans la proportion de personnes ayant réussi à équilibrer leur assiette. Cette année, les résultats sont plus que satisfaisants : cet indice a connu une forte hausse de 11,5 %. Il est intéressant de savoir que, selon les plus récentes études scientifiques, l'alimentation est le facteur déterminant pour la perte pondérale. Avec l'activité physique, la saine alimentation constitue d'ailleurs l'un des paramètres dominants quant à la volonté des participants et participantes, en ce sens qu'elle leur donne le sentiment d'avoir une mainmise sur l'atteinte de leur objectif santé.

- *Valeurs cibles de laboratoire*

Les résultats des analyses de laboratoire donnent un aperçu fiable de l'état de santé d'une personne. Ils permettent aussi à l'équipe des Services de santé physique de mesurer la portée de son intervention auprès des personnes assurées.

Or, recueillir les valeurs de laboratoire est une tâche qui exige la collaboration de la clientèle. Malgré les efforts déployés par les Services de santé physique cette année, il a été difficile d'obtenir ces données. En effet, seulement 27 des clients ont consenti à fournir leurs résultats d'analyses de laboratoire, comparativement à 102 en 2011; ceci représente une baisse considérable.

En revanche, certains résultats sont particulièrement encourageants : le nombre de personnes ayant réussi à ramener à des valeurs normales leurs résultats en laboratoire était de 18 % supérieur en 2012. Toutefois, il peut être délicat de comparer ce type de données d'une année à l'autre, car il peut être influencé par deux facteurs : le nombre de dossiers compilés, qui varie considérablement d'une année à l'autre, et l'état de santé initial des personnes aidées, qui varie

également d'une cohorte à l'autre. Néanmoins, les résultats de 2012 démontrent que les personnes aidées sont soucieuses de respecter les recommandations de leur médecin traitant. Par ailleurs, ces personnes sont réceptives aux explications données par les infirmières des Services de santé physique.

- *Tour de taille normalisé*

Le gras qui se loge au niveau de la taille est le principal danger pour la santé cardiovasculaire. On l'appelle « gras viscéral » et, pour que la diminution de ce gras soit significative, l'écart entre le tour de taille initial et celui mesuré à la fin du programme doit représenter au moins 50 % de l'objectif déterminé initialement. Ainsi, pour que soit qualifiée de succès l'intervention, une personne dont le tour de taille, au début du programme, est de 114 cm (45 po) et qui a pour objectif de le réduire à 104 cm (41 po) doit diminuer son tour de taille de 5 cm (2 po) pour atteindre l'écart de 50 %.

En 2011, 25 % des personnes aidées avaient réussi à atteindre cet objectif. En 2012, ce taux a presque doublé, passant à 49 %. Ce bond spectaculaire vient corroborer les résultats positifs des paramètres précédents liés à la perte de poids et à la gestion d'une maladie chronique

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE 2012

L'an dernier, les Services de santé physique ont constaté que le volume de dossiers traités annuellement n'avait cessé de diminuer depuis 2008. En 2012, cette tendance s'est poursuivie : on a en effet enregistré une autre baisse, de l'ordre de 9 % cette fois, comparativement à 2011. En somme, le nombre de demandes transmises aux Services de santé physique entre 2008 et 2012 a chuté de 34 %. Afin de faire la lumière sur la situation, l'équipe s'est penchée sur la question et a retenu une hypothèse, que voici.

Ces dernières années, les systèmes de santé québécois et canadien ont adopté de nouvelles mesures dans l'intérêt de la population, notamment le retrait du médicament Méridia^{MD}, prescrit pour la perte de poids, et le remboursement de l'anneau gastrique par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Quoique ces mesures soient salutaires pour les personnes souffrant d'obésité, nous croyons qu'elles ont contribué à réduire l'achalandage des Services de santé physique, principalement des programmes de gestion du poids et de gestion des maladies chroniques.

Malgré cela, les Services de santé physique demeurent un atout indispensable pour le programme CONSTRUIRE *en santé*. En effet, le programme de cessation tabagique continue de

Le programme de cessation tabagique continue de susciter beaucoup d'intérêt, notamment grâce au remboursement partiel du traitement au laser.

susciter beaucoup d'intérêt, notamment grâce au remboursement partiel du traitement au laser. Au fil des ans, le profil des participants a d'ailleurs changé. Désormais, ce programme attire davantage les 20 à 35 ans qui en sont à leur première, deuxième ou troisième tentative sérieuse d'arrêt tabagique. Les taux de réussite étant meilleurs après cinq à sept tentatives d'arrêt, ces personnes sont très exposées au risque de rechute. Elles ont donc besoin d'un suivi rigoureux effectué par une équipe spécialisée dans ce genre d'intervention.

Afin de mieux faire connaître les Services de santé physique au sein de l'industrie de la construction et ainsi augmenter le volume de demandes d'aide, deux pistes d'action avaient été identifiées au début de l'année 2012 :

- Accroître la visibilité des Services de santé physique par la voie de publicités et d'outils promotionnels diffusés par *CONSTRUIRE en santé*;
- Continuer de privilégier une approche innovatrice à la santé globale, notamment en promouvant le changement des habitudes de vie, la prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que l'accompagnement psychologique et physique.

Bien que les deux objectifs aient été rigoureusement mis en œuvre au cours des douze derniers mois, les cibles n'ont été atteintes que partiellement. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, le volume de demandes d'aide a subi une autre chute en 2012.

Ainsi, pour l'année 2013, les Services de santé physique continueront d'investir des efforts dans l'atteinte de ces deux cibles, en ajoutant toutefois les volets suivants :

- Revoir et bonifier les trousseaux d'envoi en améliorant ou en ajoutant le matériel didactique suivant :
 - l'assiette « éducative » comme outil faisant la promotion de la saine alimentation;
 - un outil de mesure pour le tour de taille;
 - un calculateur de la fréquence cardiaque.
- Produire une documentation anglaise pour la clientèle anglophone ou plus à l'aise avec la langue anglaise, un groupe qui représente environ 10 % de notre clientèle.
- Utiliser la voie électronique pour :
 - diffuser des documents de référence (à la demande de la clientèle);
 - communiquer avec les personnes assurées;
 - faire connaître nos services (à la demande de la clientèle).

NOMBRE DE RÉFÉRENCES ET D'INTERVENTIONS SELON LA DURÉE DU SUIVI

	2011		2012	
	RÉFÉRENCES	INTERVENTIONS	RÉFÉRENCES	INTERVENTIONS
SUIVI DE COURTE DURÉE	435	1 847	357	1 723
SUIVI DE LONGUE DURÉE	435	4 441	435	3 799
TOTAL	870	6 288	792	5 522

NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR MOTIF DE RÉFÉRENCE POUR LES SUIVIS DE COURTE DURÉE

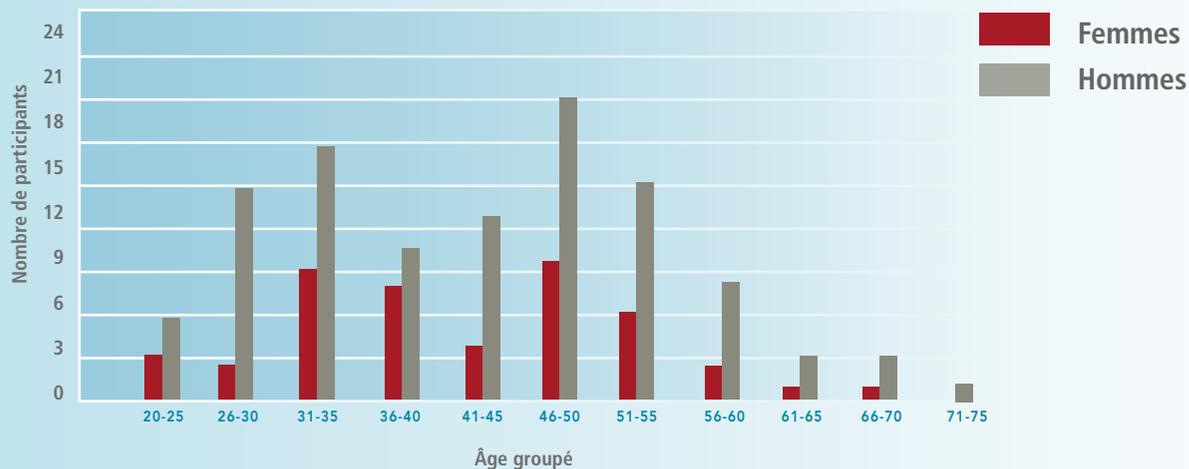
MOTIF DE RÉFÉRENCE	NOMBRE D'INTERVENTIONS	
	2011	2012
CESSATION TABAGIQUE - TRAITEMENT AU LASER	1 153	1 173
PERTE DE POIDS	338	229
SERVICE PRÉ ET POST-OPÉRATOIRE / PRÉ ET POST-HOSPITALISATION	118	133
CESSATION TABAGIQUE	69	65
MALADIE CHRONIQUE	97	57
BON DE COMMANDE	19	18
INFO SANTÉ	16	15
INFORMATION SUR LA RÉADAPTATION	13	12
QUESTIONS SUR LES ASSURANCES	7	10
REMBOURSEMENT (cessation tabagique et traitement au laser)	15	9
GESTION DE STRESS ET SOMMEIL	1	2
SERVICE PSYCHOLOGIQUE	1	0
TOTAL	1 847	1 723

NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR MOTIF DE RÉFÉRENCE POUR LES SUIVIS DE LONGUE DURÉE

MOTIF DE RÉFÉRENCE	NOMBRE D'INTERVENTIONS	
	2011	2012
MALADIE CHRONIQUE NOTE : CERTAINS ASSURÉS ONT DEUX FICHES D'APPEL ACTIVES POUR LA MÊME SÉQUENCE D'INTERVENTION AFIN DE RÉPONDRE À DEUX BESOINS DIFFÉRENTS	1 601	949
CESSATION TABAGIQUE	56	50
CESSATION TABAGIQUE - TRAITEMENT AU LASER	2 215	2 264
SERVICE PRÉ ET POST-OPÉRATOIRE / PRÉ ET POST-HOSPITALISATION	126	101
TOTAL	3 998	3 364

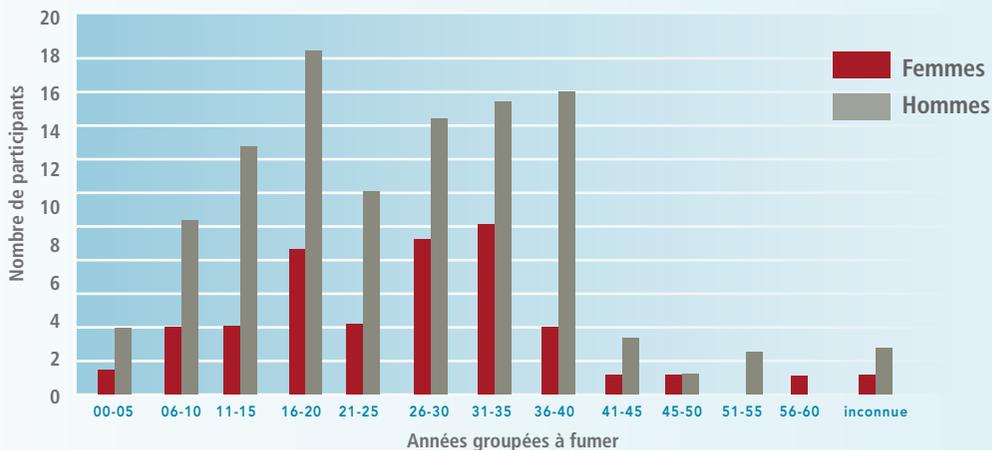
PROGRAMME DE CESSATION TABAGIQUE PAR TRAITEMENT AU LASER

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS INSCRITS AU PROGRAMME SELON L'ÂGE ET LE SEXE

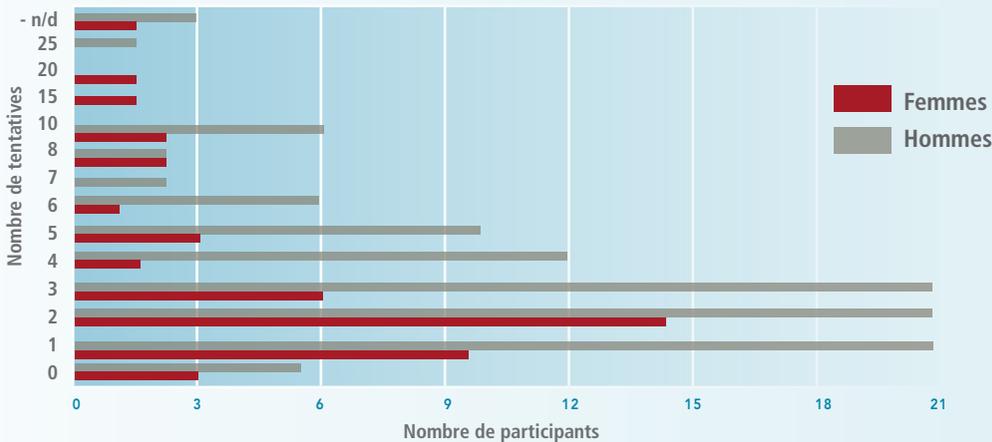


PROGRAMME DE CESSATION TABAGIQUE PAR TRAITEMENT AU LASER (SUITE)

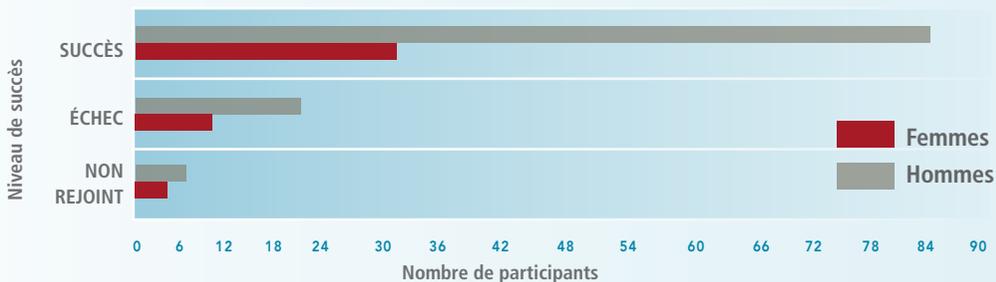
**NOMBRE D'ANNÉES
COMME FUMEUR,
SELON L'ÂGE ET
LE SEXE**



**NOMBRE DE
TENTATIVES POUR
CESSER DE FUMER
AVANT LE
TRAITEMENT AU
LASER, SELON
LE SEXE**



**TAUX DE SUCCÈS
DU TRAITEMENT
AU LASER, SELON
LE SEXE**



ACTIVITÉS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES/ PRÉ ET POST-HOSPITALISATION

	2011	2012
NOMBRE DE RÉFÉRENCES	14	14
SUIVIS TÉLÉPHONIQUES	118	101
APPELS POUR INFORMATION	126	133

NOMBRE DE RÉFÉRENCES AUX SUIVIS INTENSIFS

	2011	2012
NUTRITION	86	50
KINÉSIOLOGIE	14	5

MOTIFS DE RÉFÉRENCE POUR SUIVIS INTENSIFS – NUTRITION

MOTIF DE RÉFÉRENCE	2011	2012
XENICAL ^{MD}	24	17
MERIDIA ^{MD}	1	0
ANNEAU GASTRIQUE	2	0
DIABÈTE	15	5
DYSLIPIDÉMIE + OBÉSITÉ	26	13
OBÉSITÉ MORBIDE (CLASSE 2 ET 3)	17	15
MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN	1	0
TOTAL	86	50

Note : 382 dossiers ont été fermés en 2012, comparativement à 385 pour 2011; ceci constitue une baisse de 1 %. Depuis l'année 2007, on observe une diminution du nombre de dossiers transférés aux Services de santé physique, particulièrement en ce qui concerne les dossiers sur la gestion d'une maladie chronique ou la perte pondérale.

RÉSULTATS QUANT À L'ATTEINTE DES VALEURS CIBLES DES INDICATEURS DE LA SANTÉ

INDICATEURS SANTÉ	VALEURS CIBLES ATTEINTES EN %		
	2011	2012	ÉCART
AMÉLIORATION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)	45 %	65 %	20 %
AMÉLIORATION DU PROFIL PONDÉRAL	68 %	72 %	4 %
INTÉGRATION DE LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	69 %	82 %	13 %
INTÉGRATION DE LA SAINE ALIMENTATION	76 %	86 %	10 %
AMÉLIORATION DU PROFIL MÉTABOLIQUE TESTÉ	56 %	74 %	18 %
AMÉLIORATION DU TOUR DE TAILLE NORMALISÉ	24 %	49 %	25 %
MISE EN PRATIQUE DES RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'INFIRMIÈRE	90 %	95 %	5 %
PRÉSENCE AUX RENDEZ-VOUS	88 %	87 %	1 %
FIDÉLITÉ AUX RENDEZ-VOUS	97 %	98 %	1 %
PROGRAMME COMPLÉTÉ	63 %	68 %	5 %
PRISE ADÉQUATE DES MÉDICAMENTS	91 %	86 %	(5 %)
ATTEINTE DE L'OBJECTIF INITIAL	69 %	79 %	10 %
HAUSSE DU STADE D'ACTION OU DE MAINTIEN	71 %	77 %	6 %
MAINTIEN DE LA SATISFACTION DES SERVICES PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES / PRÉ ET POST-HOSPITALISATION	100 %	100 %	-

DURÉE MOYENNE DES APPELS EN MINUTES SELON LE MOTIF D'INTERVENTION

MOTIF D'INTERVENTION	DURÉE MOYENNE DES APPELS (MIN)	
	2011	2012
QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ POUR LA CESSATION TABAGIQUE AVEC ET SANS TRAITEMENT AU LASER	22	31
SUIVIS POUR LA CESSATION TABAGIQUE AVEC ET SANS TRAITEMENT AU LASER	11	16
QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ POUR LA PERTE DE POIDS OU LA GESTION D'UNE MALADIE CHRONIQUE	39	63*
SUIVIS POUR LA PERTE DE POIDS OU GESTION D'UNE MALADIE CHRONIQUE	26	21
QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ POUR LE PRÉ ET POST-OPÉATOIRE OU LE PRÉ ET POST-HOSPITALISATION	24	93**
SUIVIS POUR LE PRÉ ET POST-OPÉATOIRE OU LE PRÉ ET POST-HOSPITALISATION	15	17
DURÉE MOYENNE DU QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ, TOUTES CATÉGORIES CONFONDUES	30	39

*Concernant les questionnaires sur la santé pour les programmes de perte de poids et de gestion d'une maladie chronique, l'augmentation de la durée des appels entre 2011 et 2012 s'explique ainsi : l'évaluation a été bonifiée, en 2012, de quelques questions supplémentaires, notamment de questions portant sur la motivation, et plus spécifiquement sur la confiance d'une personne à l'égard de sa démarche et de sa propre capacité à réaliser les changements nécessaires. Également, ces programmes étant moins prisés en 2012, l'infirmière a pu accorder plus de temps aux personnes participantes. Cela a eu l'avantage de permettre à l'infirmière de mieux définir les enjeux se posant pour la personne assurée et de cibler avec plus de justesse ses interventions afin de favoriser l'implantation durable des changements.

**Dans le programme de pré et post-opératoire / pré et post-hospitalisation, nous recevons de plus en plus d'appels de personnes souffrant d'un cancer et nécessitant une évaluation plus approfondie de leur dossier médical. Les contacts téléphoniques de ces patients avec l'infirmière sont plus longs, entre autres, parce qu'ils doivent souvent être dirigés vers des ressources spécialisées.

LES SERVICES DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE

2012 EN BREF

- En 2012, 23 personnes ont été prises en charge par les Services de consultation pharmaceutique, une légère baisse par rapport à 2011.
- Le principal motif de consultation est demeuré la thérapie médicamenteuse pour la perte de poids.

Note: En raison d'un volume de demandes d'aide insuffisant, les Services de consultation pharmaceutique ne sont plus offerts depuis janvier 2013. Des explications à ce propos sont fournies dans la section « Présentation des résultats ».

DÉFINITION

Le Québec compte plus de 8 300 pharmaciens et pharmaciennes¹. Ceux qui travaillent dans des pharmacies communautaires agissent, entre autres, comme conseillers auprès de la population relativement à la prise de médicaments. Pour le grand public, ces spécialistes constituent une référence de choix, notamment pour tout ce qui touche l'interaction médicamenteuse, les effets secondaires des médicaments, les dosages et l'horaire de prise.

Dans l'optique d'offrir un suivi individualisé aux membres de l'industrie de la construction, CONSTRUIRE *en santé* a lancé, en octobre 2005, les Services de consultation pharmaceutique. Par la voix d'un pharmacien-conseil, ces services prêtent assistance aux membres de l'industrie qui souhaitent recevoir des conseils personnalisés et des recommandations professionnelles à l'égard de leur thérapie médicamenteuse. Ultiment, l'objectif de ces services est de contribuer à améliorer le traitement proposé par le médecin traitant tout en sensibilisant les travailleurs, les travailleuses et leur famille à l'importance de respecter rigoureusement les ordonnances médicales.

¹Ordre des pharmaciens du Québec, 2013.

Toutes les consultations pharmaceutiques à **CONSTRUIRE en santé** sont réalisées par téléphone de manière à répondre diligemment aux demandes d'aide.

RÔLES

- Effectuer un suivi téléphonique auprès des personnes assurées qui en font la demande ou dont le dossier le requiert afin d'assurer la bonne utilisation des médicaments prescrits.
- Informer les travailleurs, les travailleuses et leur famille sur les effets secondaires de leur traitement, et les aider à surmonter ceux-ci.
- Fournir, aux usagers et usagères du programme, de l'information sur certains médicaments spécifiques en vue de les aider à comprendre l'action de ces médicaments.
- Faire en sorte que les médicaments prescrits, les dosages recommandés et les horaires de prise soient adéquats.
- Procéder à un suivi serré des dossiers identifiés comme potentiellement problématiques.

APPROCHE D'INTERVENTION

Toutes les consultations pharmaceutiques de **CONSTRUIRE en santé** sont réalisées par téléphone, de manière à répondre diligemment aux demandes d'aide. Lors d'un entretien typique, le pharmacien-conseil s'enquiert de l'état de santé de la personne, des médicaments qui lui ont été prescrits, des dosages qui lui ont été recommandés ainsi que des effets indésirables qui se sont manifestés, ceci dans le but de maximiser l'efficacité du traitement tout en favorisant le mieux-être de la personne. S'il le juge nécessaire, le pharmacien-conseil peut émettre des recommandations au pharmacien traitant afin que soit ajustée la pharmacothérapie.

Dans la majorité de ces cas, le pharmacien-conseil procède donc à un examen global du profil des médicaments utilisés, notamment leur rôle exact et la façon optimale de les prendre. Il fournit aussi aux personnes de l'information d'appoint sur leur état santé, ce qui les encourage à poursuivre et bien suivre leur traitement.



PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

- Le volume de demandes d'aide traité par les Services de consultation pharmaceutique a continué de diminuer, passant de 83 à 31 entre 2010 et 2011, puis à 23 en 2012.
- Trois facteurs peuvent avoir contribué à affaiblir la notoriété des Services de consultation pharmaceutique au profit des services personnalisés désormais offerts par les pharmacies communautaires. D'abord, le rôle de conseil du pharmacien est de plus en plus connu au sein de la population, de sorte que les membres de l'industrie de la construction peuvent être portés à téléphoner à leur pharmacie plutôt qu'à CONSTRUIRE *en santé* pour recevoir de l'information sur les médicaments.
- Ensuite, de plus en plus de chaînes pharmaceutiques déploient une approche personnalisée dans le suivi de la thérapie médicamenteuse, faisant involontairement concurrence aux services mis de l'avant par CONSTRUIRE *en santé*. Enfin, l'entrée en vigueur prochaine du projet de loi 41, qui permettra aux pharmaciens du Québec d'exercer de nouvelles activités professionnelles, a renforcé la visibilité de la profession à l'échelle de la province, incitant sans doute les gens à se tourner davantage vers leur pharmacie communautaire.
- Encore cette année, le principal motif de consultation était en lien avec les thérapies médicamenteuses pour la perte de poids. Rappelons qu'en plus de recevoir des conseils sur la prise des médicaments, les personnes qui consultent le programme pour ce motif se voient aussi offrir de l'information concernant la prévention des problèmes de santé liés au surpoids, comme le diabète de type 2 ou l'hypertension. Un certain nombre de demandes provenaient également de personnes souhaitant obtenir une revue complète de leur médication ou ayant des questions sur celle-ci.
- Les coûts de fonctionnement de ces services ont été de 27 342 \$, comparative-ment à 29 393 \$ en 2011.



CONSTRUIRE en santé

CONSTRUIRE *en santé* est un programme mis sur pied par les associations patronales et syndicales de l'industrie de la construction et administré par la Commission de la construction du Québec

