



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

Service des études et de l'évaluation
Direction de la programmation et coordination

MONOGRAPHIES

DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE MOTRICE ADULTE OFFERTS PAR :

- ⇒ Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- ⇒ Le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- ⇒ L'Institut de réadaptation de Montréal

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à cette étude.

DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE :

- ❖ Nos mandants des Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique

Madame Pierrette Rolland, responsable et mesdames Anne-Claire Marcotte et Martine Cloutier, conseillères, qui ont supporté la démarche avec intérêt;

Un merci tout particulier à mesdames Marie-Josée Clapin et Ginette Cossette, secrétaires, qui ont collaboré à la production du document.

- ❖ Du Service des études et de l'évaluation

Monsieur Normand Lauzon, chef de service, pour sa contribution à l'élaboration du mandat, à la rédaction des résumés des faits saillants et à l'analyse globale appuyant le rapport final;

Monsieur Pierre Provencher, conseiller, et madame Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, qui ont effectué le traitement et l'analyse des bases de données relatives aux clientèles desservies ainsi qu'aux usagers en attente;

Madame Jocelyne Gratton, secrétaire, qui a complété la production de tableaux de données;

Madame Lisette Di Tomaso, secrétaire qui a produit et édité le document.

DES ÉTABLISSEMENTS :

- ❖ Du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Nous tenons à remercier madame Hélène Laprise, directrice des programmes de réadaptation, qui nous a procuré une abondante littérature, longuement décrit les programmes offerts par l'établissement, validé les contenus que nous lui présentions en impliquant son équipe.

- ❖ Du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Nous tenons à souligner l'apport particulier de monsieur Gilles Bourgault, directeur du soutien aux programmes et ressources résidentielles, pour l'élaboration des outils de cueillette d'information, la pertinence de ses analyses et synthèses ainsi que sa diligence à valider les contenus que nous lui présentions.

- ❖ De l'Institut de réadaptation de Montréal

Madame Denise Mauger, directrice par intérim des programmes de réadaptation, qui malgré ses nombreux mandats, a eu le souci de mettre à jour ses connaissances afin de véhiculer les contenus reflétant la réalité de son établissement.

Merci à tous!

*Carole Lécuyer,
Conseillère et titulaire du dossier*

TABLE DES MATIÈRES

	Page
REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES SIGLES.....	xi
AVANT-PROPOS.....	1
BIBLIOGRAPHIE	185
⇒ CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU	3
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1	
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CRLB.....	7
MISE EN SITUATION.....	7
1. MISSION	7
2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	8
3. PROGRAMMES TELS QUE NOMMÉS PAR LE CRLB.....	9
4. ADMISSION/INSCRIPTION ET CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE	11
5. L'ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ.....	12
EN RÉSUMÉ	14
CHAPITRE 2	
LES PROGRAMMES	17
MISE EN SITUATION.....	17
1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES.....	17
1.1 LES CRITÈRES D'ADMISSION/INSCRIPTION.....	17
1.2 BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS.....	18
1.3 LES SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS	19
1.4 MODES DE PRESTATION DES SERVICES, DURÉE ET INTENSITÉ.....	21
2. PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES	21
MISE EN SITUATION.....	21
2.1 LE PROGRAMME D'INTÉGRATION AU TRAVAIL	22
2.2 PROGRAMMES AUTOFINANCÉS D'INTÉGRATION AU TRAVAIL	23
3. PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE.....	24
MISE EN SITUATION.....	24
3.1 LES SERVICES EXTERNES SPÉCIALISÉS	24
3.2 PROGRAMME RÉPIT-DÉPANNAGE	25
3.3 PROGRAMMES RÉSIDENTIELS ALTERNATIFS.....	25
3.4 LE PROGRAMME D'AIDE MATÉRIELLE	26
3.5 LE PROGRAMME DE SUPPLÉMENT AU LOYER.....	26
EN RÉSUMÉ	27

CHAPITRE 3	
LES CLIENTÈLES DESSERVIES	29
MISE EN SITUATION.....	29
1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES.....	29
1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS.....	29
1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE	30
1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS	30
1.4 TAUX DE ROULEMENT.....	31
1.5 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS) ET DURÉE MOYENNE D'INTERVENTION : CLIENTÈLE INSCRITE.....	31
1.6 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS) ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR : CLIENTÈLE ADMISE.....	32
2. PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES	33
2.1 PROFIL DE LA CLIENTÈLE	33
2.2 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS	34
2.3 TAUX DE ROULEMENT ET HEURES PRESTATION DES SERVICES (HPS)	34
3. LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION	34
3.1 LES CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES.....	34
3.2 LE PROGRAMME DE RÉPIT-DÉPANNAGE.....	35
3.3 LE PROGRAMME RÉSIDENTIEL ALTERNATIF.....	36
3.4 LE PROGRAMME DE SUPPLÉMENT AU LOYER.....	36
EN RÉSUMÉ	37
SYNTHÈSE DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES.....	41
CHAPITRE 4	
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	49
MISE EN SITUATION.....	49
1. DÉFINITION DES LISTES D'ATTENTE.....	49
2. GESTION DES LISTES D'ATTENTE	49
3. LA CLIENTÈLE EN ATTENTE	51
3.1 MISE EN SITUATION	51
3.2 RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE SELON LES PROGRAMMES ATTENDUS.....	53
3.3 PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE.....	53
3.4 PRINCIPAUX RÉFÉRENTS	54
3.5 LE TEMPS MOYEN D'ATTENTE.....	54
3.6 RÉPARTITION DU VOLUME D'USAGERS EN ATTENTE SELON LES MOIS D'ATTENTE.....	56
EN RÉSUMÉ	56
CONCLUSION	59
ANNEXES CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU.....	63
ANNEXE A :	
⇒ PROGRAMME D'ACCÈS AUX TECHNOLOGIES INFORMATIQUES	65
ANNEXE B :	
⇒ PROGRAMME D'ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE	67
ANNEXE C :	
⇒ LETTRE DU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU	69

⇒ CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE	73
INTRODUCTION	75
CHAPITRE 1	
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CRCL	77
MISE EN SITUATION.....	77
1. MISSION	77
2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	78
3. PROGRAMMES TELS QUE NOMMÉS PAR LE CRCL	79
4. ADMISSION ET CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE.....	81
5. L'ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ.....	82
EN RÉSUMÉ	85
CHAPITRE 2	
LES PROGRAMMES	89
MISE EN SITUATION.....	89
1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES.....	89
1.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ.....	89
1.2 BUTS ET OBJECTIFS POURSUIVIS.....	90
1.3 SERVICES OFFERTS.....	92
1.4 MODES DE PRESTATION, DURÉE, INTENSITÉ DES SERVICES.....	94
1.5 SERVICES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS CHRONIQUES.....	95
1.6 SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE	96
2. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES	96
2.1 PROGRAMME DE RÉADAPTATION À DOMICILE.....	96
2.2 ÉVALUATION/ORIENTATION AU TRAVAIL.....	97
3. PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE	98
3.1 ATELIER DE TRAVAIL R.A.R.E.	99
3.2 CENTRE DE JOUR.....	99
3.3 ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE	100
EN RÉSUMÉ	101
CHAPITRE 3	
LES CLIENTÈLES DESSERVIES.....	105
MISE EN SITUATION.....	105
1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES.....	105
1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS	105
1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE	106
1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS	107
1.4 TAUX DE ROULEMENT.....	107
1.5 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS).....	107
2. PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE RÉADAPTATION	108
2.1 LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION À DOMICILE	109
2.2 L'ÉVALUATION ORIENTATION AU TRAVAIL.....	110
3. LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION	111
3.1 L'ATELIER DE TRAVAIL R.A.R.E.....	111
3.2 LE CENTRE DE JOUR.....	112
3.3 ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE	112
EN RÉSUMÉ	113

SYNTHÈSE DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES.....	117
 CHAPITRE 4	
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	125
MISE EN SITUATION.....	125
1. GESTION DES LISTES D'ATTENTE	125
2. LA CLIENTÈLE EN ATTENTE	127
2.1 RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE	
SELON LES PROGRAMMES ATTENDUS.....	127
2.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE.....	128
2.3 PRINCIPAUX RÉFÉRENTS.....	129
2.4 TEMPS MOYEN D'ATTENTE.....	129
2.5 RÉPARTITION DU VOLUME D'USAGERS EN ATTENTE	
SELON LES MOIS D'ATTENTE.....	130
EN RÉSUMÉ	131
 CONCLUSION	 133
 ANNEXE :	
⇒ LETTRE DU CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE.....	137
⇒ INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL	139
 INTRODUCTION	 141
 CHAPITRE 1	
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'IRM.....	143
MISE EN SITUATION.....	143
1. MISSION	143
2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	143
3. LES PROGRAMMES ET CLINIQUES TELS QUE NOMMÉS	
PAR L'IRM.....	144
4. ADMISSION ET ARTICULATION.....	146
5. CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE DANS	
LES PROGRAMMES ET CLINIQUES À L'IRM.....	147
EN RÉSUMÉ	148
 CHAPITRE 2	
LES PROGRAMMES	151
MISE EN SITUATION.....	151
1. LES CRITÈRES D'ADMISSION	151
2. BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS	152
3. LES SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS	152
4. LES MODES DE PRESTATION DES SERVICES.....	154
EN RÉSUMÉ	155

CHAPITRE 3	
LES CLIENTÈLES DESSERVIES	157
MISE EN SITUATION	157
1. LES PROGRAMMES CLIENTÈLES	157
1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS	157
1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE	158
1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS	158
1.4 TAUX D'OCCUPATION ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR.....	159
1.5 LES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES CLINIQUES.....	159
2. DONNÉES RELATIVES AUX VISITES EXTERNES.....	160
2.1 NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS PAR TYPE DE SERVICE.....	160
2.2 NOMBRE MOYEN DE VISITES	160
2.3 MOYENNE DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES.....	160
EN RÉSUMÉ	161
SYNTHÈSE DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES.....	163
CHAPITRE 4	
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	171
MISE EN SITUATION.....	171
1. RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE SELON LES SERVICES ATTENDUS.....	171
2. PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE	171
3. TEMPS D'ATTENTE.....	172
EN RÉSUMÉ	172
CONCLUSION	173
ANNEXE INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL.....	177
⇒ SERVICES DES PROGRAMMES CLIENTÈLES	

LISTE DES TABLEAUX

⇒ CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Tableau 1 : Programme du CRLB (1996-1997)	9
Tableau 2 : Profil de la clientèle desservie en 1996-1997	43
Tableau 3 : Région de provenance de la clientèle	44
Tableau 4 : Territoire de résidence de la clientèle	45
Tableau 5 : Sources de référence de la clientèle	46
Tableau 6 : Moyenne des heures de prestation de service (HPS)	47
Tableau 7 : Durée moyenne d'intervention et de séjour, taux de roulement	48
Tableau 8 : Priorités de la liste d'attente CRLB	51
Tableau 9 : Catégorisation de certains programmes	52
Tableau 10 : Programmes attendus par la clientèle	53
Tableau 11 : Temps moyen d'attente par programmes attendus	55

⇒ CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE

Tableau 1 : Programmes du CRCL (1996-1997)	80
Tableau 2 : Profil de la clientèle desservie en 1996-1997	119
Tableau 3 : Région de provenance de la clientèle	120
Tableau 4 : Territoires de résidence de la clientèle	121
Tableau 5 : Sources de référence de la clientèle	122
Tableau 6 : Taux de roulement, durée moyenne d'intervention, moyenne des heures de prestation de service (HPS)	123
Tableau 7 : Priorités de la liste d'attente CRCL	126
Tableau 8 : Programmes attendus par la clientèle	128
Tableau 9 : Temps moyen d'attente par programmes attendus	130

⇒ INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 1 : Profil de la clientèle desservie en 1996-1997	165
Tableau 2 : Région de provenance de la clientèle	166
Tableau 3 : Territoires de résidence des usagers de Montréal-Centre	167
Tableau 4 : Sources de référence de la clientèle	168
Tableau 5 : Moyenne des heures de prestation de service (HPS) durée moyenne de séjour	169
Tableau 6 : Visites en externe	170

LISTE DES SIGLES

AVC	accident vasculaire cérébral
AVD	activités de la vie domestique
AVQ	activités de la vie quotidienne
CH	centre hospitalier
CHR	centre hospitalier de réadaptation
CHSCD	centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	centre local de services communautaires
CR	centre de réadaptation
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DMC	déficit moteur cérébral
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRM	Institut de réadaptation de Montréal
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSBL	organisme sans but lucratif
PII	plan d'intervention individualisé
PSI	plan de services intégrés
RFI	réadaptation fonctionnelle intensive
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec
SEP	sclérose en plaques
SLA	sclérose latérale amyotrophique
TCC	traumatisme crânien-cérébral

AVANT-PROPOS

CONTEXTE

La planification régionale intitulée le Défi de l'accès : la consolidation et l'amélioration des services un plan d'action renouvelé 1998-2002, prévoit consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale¹.

Pour ce faire, la Régie régionale veut d'abord mieux connaître certaines problématiques afin d'orienter les actions pour l'avenir (mesure 3.3.7). Il s'agit de procéder à un bilan des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration dispensés en vue d'élaborer un modèle d'organisation des services pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice.

Le bilan alimentera la réflexion quant au modèle d'organisation à préconiser pour la région. Ce modèle traitera des services à dispenser, des établissements chargés de les offrir, de l'offre de services en fonction des besoins de la clientèle et des missions respectives des organisations.

C'est dans ce contexte que des monographies sur trois établissements de réadaptation demandées par les Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique ont été préparées par le Service des études et de l'évaluation. Il s'agit des centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge et de l'Institut de réadaptation de Montréal.

De plus, le lecteur peut consulter le document intitulé « Bilan des services de réadaptation en déficience motrice adulte offerts par les Centres de réadaptation Lucie-Bruneau, Constance-Lethbridge et l'Institut de réadaptation de Montréal ». Ce rapport met en parallèle les faits saillants issus des monographies descriptives des établissements à l'étude. Il dégage les constats qui émergent au plan de l'organisation des services telle qu'actualisée aujourd'hui dans la région. Par le biais de questions, il alimente la réflexion pour la modélisation future des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration.

MÉTHODOLOGIE

Les établissements concernés ont été impliqués dans l'élaboration des outils de cueillette d'information. Celle-ci s'est déroulée de février à mai 1998. Les informations qualitatives ont été recueillies par voie d'entrevues semi-dirigées avec des directeurs pertinents des établissements. Ces entrevues ont été préparées à l'aide d'une abondante littérature fournie préalablement par les personnes ressources.

Les données quantitatives ont été traitées par la Régie régionale et le Centre Lucie-Bruneau après entente sur les méthodes de calcul des mesures retenues. L'Institut de réadaptation de Montréal a produit des données complémentaires issues de son système d'information interne.

Les informateurs clés des établissements ont été appelés à valider et à bonifier au besoin les thématiques abordées en entrevues ainsi que les portraits clientèles issus des données traitées. Nous sommes donc ainsi assurés que les contenus reflètent la réalité des établissements.

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

Nous présentons d'abord le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, suivi du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge et enfin l'Institut de réadaptation de Montréal.

¹ Nous référons à la version datée du mois de mai 1998, chapitre 3, p. 79-80.

Chaque monographie se penche essentiellement sur :

- ⇒ une présentation générale des établissements incluant leur articulation avec des partenaires pour assurer une continuité de services à leur clientèle;
- ⇒ les programmes offerts;
- ⇒ les clientèles desservies;
- ⇒ l'accessibilité aux services via l'analyse des listes d'attente.

MONOGRAPHIE

CENTRE DE RÉADAPTATION
LUCIE-BRUNEAU

INTRODUCTION

Cette monographie du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau aborde les thématiques suivantes :

Chapitre 1 : présentation générale du Centre.

Chapitre 2 : les programmes offerts.

Chapitre 3 : les clientèles desservies.

Chapitre 4 : l'accessibilité aux services.

En fin de chaque chapitre, le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants ainsi que les éléments organisationnels à retenir.

Nous concluons en synthétisant les composantes essentielles de l'activité du Centre Lucie-Bruneau.

Le lecteur retrouvera à l'annexe C une lettre de l'établissement. Celle-ci spécifie les changements survenus à la programmation entre la date de cueillette d'information et l'édition de la présente monographie

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CRLB

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre nous présentons brièvement le Centre Lucie-Bruneau en abordant d'abord :

1. sa mission, sa clientèle cible et l'approche d'intervention privilégiée.
2. Nous esquissons par la suite la structure organisationnelle du Centre.
3. Nous identifions les programmes tels que nommés dans la structure organisationnelle et spécifions les programmes mis en oeuvre suite à des mandats spécifiques ou ententes particulières avec des agents payeurs.
4. Nous nous attardons au processus d'admission/inscription de la clientèle et spécifions le cheminement des usagers à travers les programmes.
5. Enfin, nous identifions l'articulation développée avec les partenaires en amont et en aval de la réadaptation axée sur l'intégration et en soutien à l'intégration sociale. Il va sans dire que nous décrivons également l'articulation entre les centres de réadaptation pour adultes en déficience motrice de Montréal-Centre et hors région.

En fin de chapitre le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants.

1. MISSION

Le CRLB est un centre de réadaptation dont la mission légale est définie aux articles 84 et 85 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2) à savoir :

« La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques... requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. »

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, ...les personnes présentant une déficience...; il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En 1996-1997, le financement du CRLB pour ses activités principales était de l'ordre de 17,2 millions de dollars.

CLIENTÈLES CIBLES

Le CRLB a développé son expertise auprès d'une clientèle adulte présentant une déficience motrice ou neurologique dont les incapacités sont significatives et persistantes. Il offre de longue date des services spécialisés et ultraspécialisés. Il effectue de la recherche et est un centre d'enseignement qui reçoit des stagiaires.

APPROCHE

Le Centre favorise une approche éducative et personnalisée auprès de l'utilisateur et de ses proches. Chaque programme est composé d'une équipe multidisciplinaire où l'éducateur joue souvent un rôle central en tant que coordonnateur du plan d'intervention individualisé (PII) de l'utilisateur. Le PII est développé et réalisé avec l'implication de l'utilisateur et de sa famille.

Le CRLB dispose de 60 lits à son permis; il offre donc des services en internat de même qu'en externe. En avril 1998, il demandait une révision à la baisse du nombre de lits à son permis (44 lits) compte tenu du taux d'occupation décroissant. Cette demande reflète un changement majeur amorcé par le Centre. En effet, on entend desservir davantage la clientèle sur une base externe.

2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Outre les directions des ressources humaines, des ressources financières et services techniques, le plan d'organisation distingue trois grandes directions de services à la clientèle. Ce sont : la Direction des aides techniques, la Direction du soutien aux programmes et des ressources résidentielles et la Direction des programmes de réadaptation.

La présente étude observe spécifiquement les Directions des programmes de réadaptation et du soutien aux programmes et des ressources résidentielles. Il va sans dire que le programme des aides techniques joue un rôle de tout instant dans l'actualisation des programmes de réadaptation; nous décrirons leur apport. Par ailleurs, un inventaire² exhaustif du programme des aides techniques a été réalisé en 1997. Nous ne cernerons donc pas le contour de ce programme dans l'actuelle démarche.

De plus, le programme d'accès aux technologies informatiques sera traité à l'annexe A. En effet, bien qu'il fasse partie intégrante de la Direction des programmes de réadaptation du CRLB, dans les autres établissements à l'étude, les aides technologiques font partie des programmes des aides techniques et il est difficile d'en distinguer les contours propres.

Il n'y a **pas de changements majeurs** à prévoir en 1998-99 au niveau de la structure organisationnelle. Des arrimages différents pourraient être mis de l'avant dans certains programmes et des réajustements dans certains volets spécifiques de services pourraient s'actualiser. Toutefois, la constitution générale des contenus des programmes ne sera pas changée.

² RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. Direction de la programmation et coordination, Secteur intégration sociale. ZICAT CÔTÉ, Marie-France. Rapport : Inventaire des services d'aides techniques, juin 1997, 76 pages.

3. PROGRAMMES TELS QUE NOMMÉS PAR LE CRLB

Au plan organisationnel, les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale pour des clientèles cibles côtoient des programmes de réadaptation multIClientèles ainsi que des programmes « en soutien à l'intégration sociale » également offerts à toutes clientèles. Le tableau qui suit permet de visualiser les programmes tels que nommés dans la structure organisationnelle du Centre pour l'année 1996-97. Nous décrivons exhaustivement ces programmes au chapitre 2.

Notons qu'en 1997-98 le CRLB a mis en oeuvre un programme d'évaluation de la conduite automobile. Nous invitons le lecteur à consulter l'annexe B pour connaître ce programme.

Tableau 1 : Programmes du CRLB (1996-97)

CRLB*
<i>RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE</i> <i>PROGRAMMES POUR CLIENTÈLES CIBLES</i>
1. Programme pour personnes présentant une pathologie du système locomoteur : (blessés médullaires, arthrite, fibromyalgie, amputés)
2. Programme pour personnes présentant une pathologie neurologique ou neuromusculaire évolutive (ex. : sclérose en plaques, dystrophie musculaire, ataxies, etc.)
3. Programme : sclérose latérale amyotrophique
4. Programme : encéphalopathie (ex.: TCC, AVC)
5. Programme : troubles graves du comportement (TCC)
6. Programme pour les personnes atteintes d'un déficit moteur cérébral (DMC)
7. Programme d'intégration dans la communauté, clientèle : TCC/SAAQ
<i>RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION</i> <i>PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES</i>
8. Programme d'intégration au travail
9. Programmes d'intégration au travail autofinancés : a) sous-programme : évaluation des capacités et postes de travail b) sous-programme : programme multidisciplinaire personnalisé de réadaptation socioprofessionnelle
<i>PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION</i>
10. Services externes spécialisés : cliniques externes
11. Programme de répit-dépannage
12. Programmes résidentiels alternatifs
13. Programme du supplément au loyer
14. Programme d'aide matérielle
<i>MANDAT DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE</i>
15. Banque de prêt d'équipements

* Le programme des aides techniques et le programme d'accès aux technologies informatiques sont accessibles à l'ensemble des clientèles des programmes.

MANDATS ET ENTENTES PARTICULIÈRES

Certains programmes ont été mis en oeuvre suite à des mandats particuliers ou encore dans le cadre d'ententes particulières. Nous les identifions ci-après.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Au moment de la cueillette d'information, des travaux étaient en cours pour la reconnaissance, par le MSSS, de services « ultraspécialisés » également appelés « services nationaux ». On réfère ici à des programmes déjà existants au CRLB, à savoir :

- ♦ programmes pour blessés médullaires;
- ♦ traitement de maux de dos chroniques entravant le retour au travail;
- ♦ clinique des maladies neuromusculaires;
- ♦ programme d'évaluation de la conduite automobile;
- ♦ services d'évaluation des capacités de travail;
- ♦ programmes d'accès aux technologies informatiques permettant d'optimiser la mobilité, la communication et le contrôle de l'environnement.

Le suivi à long terme des personnes ayant une maladie neuromusculaire évolutive desservies par la clinique MNM de l'Hôpital Marie Enfant a été confié au CRLB par le MSSS il y a quelques années déjà.

Régie régionale de Montréal-Centre

Certains programmes ont été développés à la demande de la Régie régionale de Montréal-Centre. On pense ici au programme pour les traumatisés crâniens-cérébraux connaissant des troubles graves du comportement.

Le CRLB assume notamment la responsabilité du programme d'intégration sociale de la clientèle connaissant un déficit moteur cérébral atteignant 16 ans transférée de l'Hôpital Marie Enfant

De plus, il y a quelques années, suite à la fermeture d'un centre d'accueil privé, la Régie régionale mandatait le CRLB pour ouvrir un îlot résidentiel afin de dispenser des services dans le secteur anglophone (Ouest de l'Île).

Enfin, le CRLB gère actuellement une banque de prêt d'équipements pour la région.

Société d'habitation du Québec

Pour le compte de la Société d'habitation du Québec (SHQ), le CRLB gère le programme de supplément au loyer destiné aux personnes adultes vivant avec une déficience motrice.

Ententes avec des agents payeurs

Le CRLB a mis en oeuvre des programmes spécifiques par voie d'entente avec des agents payeurs. On pense notamment ici aux programmes d'intégration dans la communauté pour les traumatisés crâniens-cérébraux et aux programmes d'intégration au travail autofinancés. Les agents payeurs peuvent être la SAAQ, la CSST, des compagnies d'assurances privées, etc.

4. ADMISSION/INSCRIPTION ET CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE

PROCESSUS D'ADMISSION/INSCRIPTION

Au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, le processus d'admission/inscription de la clientèle est centralisé. De façon générale, les demandes sont reçues par les conseillers d'admission (infirmier et travailleur social) qui font dans presque tous les cas une entrevue préadmission, orientent le dossier vers un programme du Centre ou le réorientent ailleurs, si aucun programme ne convient.

Dans certains programmes, les conseillers à l'admission prennent la décision d'admissibilité. La clientèle éligible est inscrite sur la liste d'attente ou prise en charge immédiatement selon la disponibilité des services. Dans d'autres programmes, après l'entrevue de préadmission, il y a une entrevue d'admission réalisée par deux intervenants du programme, généralement un médecin et un travailleur social.

À l'étape de préadmission les organismes référents ne font pas nécessairement une évaluation exhaustive des besoins de la personne. Il existe un formulaire de base « maison » utilisé pour la formulation de demandes de services en attendant le formulaire régional. Au besoin, on demande une évaluation plus ou moins élaborée et documentée avant l'entrevue d'admission.

On estime qu'entre la réception de la demande et la réponse d'admissibilité formelle, il s'échelonne une vingtaine de jours en moyenne. Par ailleurs, dans certains corridors particuliers (ex. : blessés médullaires), comme on ne refusera jamais le client, la procédure est simplifiée. Il s'agit d'une ouverture de dossier plutôt qu'une évaluation de l'admissibilité.

Lorsque le client entre dans le programme, les intervenants procèdent aux évaluations en vue de répondre aux besoins. Après quatre à six semaines, il y a une première consultation d'équipe où le plan d'intervention est élaboré. Chaque client a un chargé d'intervention, en l'occurrence un éducateur, qui coordonne le plan d'intervention.

Le CRLB n'utilise à peu près pas de plans de services intégrés (PSI) sous une forme « officielle ». On commence à regarder comment on peut réaliser ou formaliser les PSI, notamment pour les blessés médullaires et avec les CLSC.

CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE ENTRE LES PROGRAMMES

Il n'y a pas de circulation entre les programmes de réadaptation visant une clientèle cible. Ils sont étanches en termes de clientèles et de besoins. Si une personne présente deux problématiques, on la desservira dans un programme en fonction de sa problématique majeure. À l'intérieur de ces programmes on offre la gamme des services de réadaptation axée sur l'intégration, à l'exception des services spécifiques d'intégration au travail³.

³ Une exception à cette règle est le programme TCC-SAAQ où l'on fait l'adaptation au travail dans le cadre du programme de réadaptation visant une clientèle cible.

Le choix de distinguer les services d'intégration au travail des programmes de réadaptation visant une clientèle cible repose sur plusieurs considérations. L'intégration au travail exige des modalités d'intervention spécifiques et une expertise particulière qu'il n'est pas souhaitable de diluer dans chacun des programmes. C'est une approche spécialisée autour du développement de certaines habilités. Si l'on veut développer des liens profitables avec le milieu du travail, on n'a pas intérêt à avoir un grand nombre d'interlocuteurs. Il faut développer des corridors de communication particuliers.

Outre les programmes pour lesquels il est nécessaire d'avoir un agent payeur, la clientèle inscrite ou admise dans un programme de réadaptation visant une clientèle cible a accès aux programmes multiclientèles de réadaptation ou en soutien à l'intégration. On pense ici aux programmes des aides techniques, au programme d'intégration au travail, etc. De plus, au terme de leur période active de réadaptation, les usagers pourront consulter ou être suivis (maladies neuromusculaires) en cliniques externes, bénéficier de répit-dépannage, etc. De la même façon, un usager peut profiter des services de réadaptation multiclientèles ou de services « en soutien à l'intégration » de façon ponctuelle, sans participer à un programme de réadaptation visant une clientèle cible.

5. L'ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Compte tenu des objectifs poursuivis par l'étude, le focus sera mis sur l'articulation du CRLB avec les établissements du réseau de la santé⁴.

Précisons les articulations et modalités développées pour assurer la continuité des services à la clientèle.

PARTENAIRES EN AMONT DE LA RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

1. Avec l'**Institut de réadaptation de Montréal et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal** : dans le cadre du « Centre d'expertise pour **blessés médullaires** de l'Ouest du Québec » un programme commun a été élaboré. Des modalités formelles de transfert de la clientèle ont été arrêtées pour ce continuum de services. Les intervenants de Lucie-Bruneau participent à l'élaboration du plan d'intervention individualisé à l'IRM dès le début du processus de réadaptation fonctionnelle intensive et même, dans certains cas, à l'Hôpital du Sacré-Coeur.
2. Avec l'**IRM**, le CRLB travaille activement à s'arrimer de façon plus complète, et ce, pour un plus grand nombre de clientèles. On veut aller plus loin, entre autres pour les traumatisés crâniens-cérébraux (TCC) et peut-être une ou deux autres clientèles.
3. Avec le Centre hospitalier de réadaptation **Villa Médica**, le CRLB a développé des collaborations privilégiées quant aux personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

⁴ Il va sans dire que le CRLB a mis de l'avant des modalités d'articulation avec de nombreux partenaires. On pense notamment aux liens développés autant avec des agents payeurs (CSSI, SAAQ) qu'avec des organismes sans but lucratif, des bénévoles, des centres de main-d'œuvre spécialisés, etc.

4. Les centres de traumatologie **Sacré-Coeur, Général de Montréal et Charles-Lemoyne** réfèrent particulièrement une clientèle qui a subi des traumatismes crâniens-cérébraux (TCC). C'est une clientèle qui n'a pas souvent besoin de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Il n'y a pas d'ententes formelles écrites mais des corridors privilégiés de références sont établis. Par ailleurs, pour les TCC qui ont un agent payeur (SAAQ), il existe des ententes formelles avec les centres hospitaliers du **Sacré-Coeur, Général de Montréal** et avec l'**IRM**.
5. Le CRLB développe une collaboration avec le **CHUM** (pavillon Notre-Dame) pour la clientèle atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

*PARTENAIRES EN AVAL DE LA RÉADAPTATION AXÉE SUR
L'INTÉGRATION SOCIALE*

1. Lucie-Bruneau réfère beaucoup aux **CLSC**. C'est le principal organisme de sortie. Historiquement deux problématiques d'arrimage étaient vécues. L'une concernait le transfert de clients du CRLB vers les CLSC pour les usagers pris en charge en internat. Ces derniers n'avaient pas toujours de domicile ni de territoire d'appartenance; on ne pouvait pas faire de demande planifiée aux CLSC. Aujourd'hui, comme le Centre travaille de plus en plus sur une base externe, ce problème s'amenuise.

La deuxième problématique était la suivante. Les clients desservis par Lucie-Bruneau en externe étaient également suivis par les CLSC. Cela amenait des zones grises. Afin d'y remédier, le CRLB et les CLSC ont développé un protocole de collaboration où les rôles de chacun sont clarifiés et les mécanismes de collaboration que l'on veut mettre en place pour faciliter le travail interétablissements sont décrits. Ce protocole vise les neuf CLSC du secteur est. Lucie-Bruneau est en discussion avec six autres CLSC (centre de Montréal). Éventuellement ce protocole sera élargi aux autres CLSC.

Les mécanismes de collaboration en élaboration avec les CLSC touchent clairement les modalités de prise en charge conjointe. On essaie de systématiser les échanges avec le CLSC pour faire en sorte qu'il soit impossible de travailler en parallèle. De plus, le CRLB peut offrir des services de consultation-conseil aux intervenants de la communauté. Cela fait partie de ce que le CRLB entend préciser avec les CLSC car c'est un service encore peu utilisé.

2. L'**Institut Raymond-Dewar (IRD)** est également un partenaire par rapport aux ressources familiales et intermédiaires. Le CRLB travaille à clarifier les mécanismes de collaboration. On veut voir également avec l'IRD si l'on peut rendre des services au niveau des ressources intermédiaires et familles d'accueil (évaluation spécialisée, orientation de clientèle, prise en charge commune pour un processus d'intégration dans une famille d'accueil ou dans la communauté à partir d'une famille d'accueil).
3. Il arrive également que le CRLB réfère en centre hospitalier de soins de longue durée certains clients admis à l'internat et qui ne peuvent réintégrer leur domicile. Il peut également s'agir d'usagers qui vivent dans les îlots résidentiels du CRLB et dont l'état de santé se détériore. Le principal partenaire est le **Centre hospitalier Saint-Charles-Borromée**.

ARTICULATION AVEC LES AUTRES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE MOTRICE ADULTE

Les centres de réadaptation hors région

Il n'y a pas de mandat formel entre le CRLB et les centres de réadaptation d'autres régions. Le CRLB intervient dans certaines activités, auprès de certaines clientèles, en collaboration avec les centres d'autres régions (Montérégie, Laurentides, Lanaudière). Cette intervention peut se situer dans le cadre de programmes dits « nationaux ». On intervient également « en suppléance » jusqu'au jour où un centre régional développera l'expertise requise. Le CRLB assume donc deux rôles : partage d'expertise et suppléance. Cela dit, la tendance actuelle est à la formalisation des collaborations et des projets d'ententes formelles sont en voie de s'actualiser.

Avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Une réflexion se poursuit actuellement entre les centres Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge dans le but de s'arrimer et se compléter. Les Centres de réadaptation de Montréal se questionnent relativement à un découpage territorial (est/ouest) et à un arrimage par programmes. Le bien-fondé d'un découpage d'activités axé sur un niveau territorial n'est pas évident s'il n'y a pas assurance que l'ensemble de la clientèle aura accès à l'ensemble des services (couverture régionale). On explore donc les différents programmes offerts par les deux établissements dans l'optique d'assurer une couverture régionale.

Le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants avant de prendre connaissance des programmes offerts au CRLB.

EN RÉSUMÉ

Le Centre Lucie-Bruneau est un centre de réadaptation dont la **mission** est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des adultes vivant avec une déficience physique. Le Centre a développé son expertise auprès d'une clientèle présentant une déficience motrice ou neurologique dont les incapacités sont significatives et persistantes.

Le **plan d'organisation** distingue trois grandes directions de services à la clientèle : la Direction des aides techniques qui ne fait pas l'objet du présent rapport, la Direction du soutien aux programmes et des ressources résidentielles et la Direction des programmes de réadaptation. Aucun changement majeur n'est planifié en 1998-1999 au niveau de la structure organisationnelle et des programmes offerts.

En 1996-97, la **programmation** de services du Centre comprend :

- ♦ sept grands programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles : *pathologies du système locomoteur, pathologies neurologiques ou neuromusculaires évolutives, programme pour personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique, encéphalopathies, traumatisés crâniens-cérébraux avec troubles graves du comportement, déficits moteurs cérébraux et intégration dans la communauté (TCC/SAAQ)*;
- ♦ deux programmes multiclientèles de réadaptation : *intégration au travail et intégration au travail autofinancée*;

- ♦ enfin, on distingue cinq programmes de soutien à l'intégration : les *services externes spécialisés, le répit-dépannage, le programme résidentiel alternatif, le supplément au loyer et l'aide matérielle.*

Le MSSS étudie présentement la reconnaissance de services ultraspécialisés ou nationaux. La **Régie régionale** a appuyé le développement du programme pour les traumatisés crâniens-cérébraux connaissant des troubles graves du comportement, la desserte de clients d'un îlot résidentiel dans l'Ouest de l'Île ainsi que le transfert des DMC de 16 ans et plus du Centre hospitalier Marie Enfant vers le Centre Lucie-Bruneau. Pour le compte de la **Société d'habitation du Québec**, le Centre gère un programme de supplément au loyer. Le Centre a aussi des ententes avec des agents payeurs, telles la SAAQ et la CSST et des compagnies d'assurances privées.

Au CRLB le **processus d'admission/inscription** de la clientèle est centralisé. De façon générale, les demandes sont reçues par les conseillers d'admission (infirmier et travailleur social) qui font dans presque tous les cas une entrevue préadmission, orientent le dossier vers un programme du Centre ou le réorientent ailleurs, si aucun programme ne convient. Dans certains programmes, après l'entrevue de préadmission, il y a une entrevue d'admission réalisée par deux intervenants du programme, généralement un médecin et un travailleur social. Les blessés médullaires sont toujours directement admis.

Il n'y a pas de **circulation de la clientèle** entre les programmes de réadaptation visant une clientèle cible. Ils sont étanches en termes de clientèles et de besoins. Outre les programmes pour lesquels il est nécessaire d'avoir un agent payeur, la clientèle inscrite ou admise dans un programme de réadaptation visant une clientèle cible a accès aux programmes multiclientèles de réadaptation ou en soutien à l'intégration. De la même façon, un usager peut profiter des services de réadaptation multiclientèles ou de services « en soutien à l'intégration » de façon ponctuelle, sans participer à un programme de réadaptation visant une clientèle cible.

Les articulations avec les partenaires du réseau de la santé se font en amont et en aval du processus de circulation des clientèles.

En amont, soulignons le partenariat avec l'IRM et le Centre hospitalier du Sacré-Coeur dans le cadre du « Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec ». Un corridor de services s'est développé entre les centres de traumatologie (Centres hospitaliers du Sacré-Coeur, Général de Montréal et Charles-Lemoyne) et le CRLB pour les TCC. Notons de plus une entente formelle reliant Lucie-Bruneau, l'IRM, les Centres hospitaliers Général de Montréal et Sacré-Coeur pour les TCC avec agents payeurs. Mentionnons également des collaborations avec Villa Médica (AVC) et le pavillon Notre-Dame du CHUM (sclérose latérale amyotrophique). Pour terminer, signalons que le CRLB et l'IRM entendent pousser plus avant leur articulation pour l'élargir à plusieurs clientèles.

En aval, avec certains CLSC, un protocole de collaboration est en voie d'être signé puis généralisé. L'Institut Raymond-Dewar est également un partenaire par rapport aux ressources familiales et intermédiaires. Il arrive que le Centre doive référer en CHSLD, notamment le Centre hospitalier St-Charles-Borromée.

Avec le **Centre Constance-Lethbridge**, des rencontres régulières ont lieu. On questionne le découpage territorial est-ouest au profit d'un arrimage par programmes.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Le Centre Lucie-Bruneau a développé son expertise auprès d'une clientèle adulte présentant une déficience motrice ou neurologique dont les incapacités sont significatives et persistantes.
2. Dans son approche éducative et personnalisée auprès de l'utilisateur et ses proches, le CRLB entend davantage desservir les usagers sur une base externe. On favorise le processus de réadaptation dans les différents contextes de vie.
3. Il n'y a pas de changement majeur de planifié en 1998-99 au niveau de la structure organisationnelle.
4. En plus des programmes de réadaptation visant des clientèles cibles et des programmes multientèles d'intégration au travail, le Centre a développé des programmes de soutien à l'intégration dont le répit-dépannage, les programmes résidentiels alternatifs, le supplément au loyer et l'aide matérielle.
5. Le MSSS étudie présentement la reconnaissance de services ultraspecialisés. Certains programmes sont assumés en vertu d'ententes avec le MSSS, la Régie régionale, la Société d'habitation du Québec, la SAAQ et la CSST.
6. Plusieurs éléments d'articulation sont à souligner qui touchent des clientèles spécifiques : blessés médullaires, TCC, AVC. Avec les CLSC, un protocole, à généraliser, particularise les rôles. À noter que le découpage territorial avec Constance-Lethbridge est questionné au profit d'un arrimage par programmes garantissant le même panier de services régionalement.

CHAPITRE 2

LES PROGRAMMES

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre, nous présentons brièvement les programmes offerts, en 1996-1997, au Centre Lucie-Bruneau en abordant d'abord :

1. les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale offerts à des clientèles cibles.
2. Les programmes multIClientèles de réadaptation axés sur l'intégration sociale.
3. Enfin, nous abordons les programmes multIClientèles « en soutien à l'intégration sociale ».

Pour décrire les programmes, nous abordons dans l'ordre les thèmes suivants:

- ♦ les critères d'admission/inscription;
- ♦ les buts et objectifs poursuivis;
- ♦ les services et activités offerts;
- ♦ les modes de prestation des services, la durée et l'intensité des services offerts.

La description de chaque programme clientèle tel que nommé par le CRLB dans sa structure organisationnelle nous aurait conduit à un exercice répétitif. Nous dégageons plutôt des programmes de réadaptation visant des clientèles cibles, les troncs communs et les distinctions. Nous colorons par ailleurs nos propos à l'aide d'exemples spécifiques afin de nuancer l'approche auprès de certaines clientèles. Les programmes multIClientèles de réadaptation axée sur l'intégration et en soutien à l'intégration sont distincts les uns des autres. Nous les décrivons donc nommément.

En fin de chapitre, le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants.

1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1.1 LES CRITÈRES D'ADMISSION/INSCRIPTION

De façon générale les critères d'admission ou d'inscription dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont les suivants :

- ♦ avoir 18 ans et plus, à l'exception de la clientèle transférée de l'Hôpital Marie Enfant présentant un déficit moteur cérébral qui peut être desservie dès l'âge de 16 ans;
- ♦ provenir de la région Montréal-Centre ou d'une autre région;
- ♦ avoir une condition médicale stabilisée;
- ♦ présenter un potentiel de réadaptation;

- ♦ être disponible à suivre les activités de réadaptation qui s'offrent sur une base intensive (3 à 4 jours semaine), notamment en début de processus.

Dans l'optique de ne pas compromettre le processus de réadaptation, certaines personnes peuvent être préalablement ou rétrospectivement exclues des programmes de réadaptation. Il peut s'agir de situation où la personne présente une problématique psychiatrique, vit avec une déficience intellectuelle, connaît des troubles du comportement ou encore est aux prises avec une consommation abusive d'alcool et de drogues.

Les critères d'admission/inscription et de restriction ne s'appliquent pas aux **blessés médullaires** que l'on dessert dans le cadre du « Centre d'expertise pour l'Ouest du Québec ». Un programme spécifique a été élaboré avec l'Hôpital du Sacré-Coeur et l'Institut de réadaptation de Montréal et la clientèle est admise sans délai dans ce corridor de services.

Les critères de restriction ne s'appliquent évidemment pas aux personnes présentant un **traumatisme crânien-cérébral** pour lequel un programme spécifique des troubles graves du comportement a été développé.

Enfin, pour la clientèle souffrant de **fibromyalgie**, le potentiel de réadaptation n'est pas considéré, compte tenu que le programme offert n'est pas structuré à partir de cette logique.

1.2 BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

De façon générale les programmes de réadaptation ciblant des clientèles ont pour but de permettre à la personne de jouer pleinement ses rôles sociaux et d'atteindre une participation sociale optimale en tenant compte et malgré ses limitations physiques. On vise donc le développement optimal de l'autonomie personnelle et sociale nécessaire au maintien et/ou à l'intégration communautaire, résidentielle et professionnelle.

Les objectifs généraux des programmes sont d'offrir des services d'adaptation et de réadaptation en tenant compte des besoins, intérêts et capacités de la personne afin d'actualiser son potentiel au plan fonctionnel, cognitif, affectif et comportemental et de permettre son intégration au plan social, résidentiel et professionnel.

Au plan de la déficience, si l'on vise à empêcher une détérioration, on met rapidement l'accent sur la compensation des incapacités qui en résultent. On travaille dans l'optique d'adapter l'environnement aux situations de handicaps vécues par la personne plutôt que d'adapter la personne elle-même.

En d'autres mots, les objectifs poursuivis sont :

- ♦ au plan des systèmes organiques : empêcher toute détérioration additionnelle.
- ♦ Au plan des aptitudes : permettre à la personne le développement de ses capacités afin de lui assurer une autonomie optimale et évaluer ses besoins en aides techniques afin de réduire et de compenser ses incapacités.
- ♦ Au plan des obstacles environnementaux : composer et tenter de réduire les obstacles, particulièrement en ce qui concerne

l'accès aux services, les attitudes, l'aménagement architectural, etc.

- ♦ Au plan des habitudes de vie : tendre vers l'autonomie optimale de la personne dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) (nutrition, soins personnels, communication, habitation, déplacements) et l'actualisation des rôles sociaux (sens des responsabilités, relations interpersonnelles, éducation, travail, loisirs).

Les objectifs poursuivis tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience. **À titre d'exemple :**

- ⇒ dans le cas de maladies évolutives, la personne n'a jamais fini de s'adapter à de nouvelles pertes de capacité. L'accent est donc mis sur le support aux deuils successifs de ses capacités.
- ⇒ Pour la clientèle atteinte d'une sclérose latérale amyotrophique dont l'espérance de vie est restreinte, la préparation à la réinsertion au travail n'est pas à strictement parler un objectif à poursuivre. Il peut en être de même pour certaines personnes connaissant des déficits moteurs cérébraux importants.
- ⇒ Inversement, pour les clientèles victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une blessure médullaire ou d'un traumatisme crânien-cérébral (TCC), le développement de l'autonomie professionnelle sera omniprésent. Par ailleurs, pour certaines personnes dont le traumatisme a engendré des troubles graves du comportement et qui n'ont pas de potentiel de réadaptation, l'objectif sera plutôt d'organiser le milieu de vie de la personne, compte tenu de ces manifestations.
- ⇒ Enfin, pour les personnes atteintes de fibromyalgie, on vise plutôt à apprendre à la personne à composer avec les symptômes chroniques (fatigue, douleur).

1.3 LES SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS

La gamme de services généralement accessibles dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles réfère à :

- ♦ l'évaluation fonctionnelle et du degré d'autonomie de la personne par le biais de divers instruments de mesure et cela par disciplines (évaluation médicale, neuropsychologique, psychosociale, en ergothérapie, orthophonie, physiothérapie, etc.). On construit, en quelque sorte, le portrait « interdisciplinaire » de l'autonomie de la personne.
- ♦ des services de récupération et de développement des capacités et l'acquisition d'habiletés compensatoires liées à :
 - ◇ la réalisation des AVQ et AVD (ex. : cuisine, magasinage, habillage, etc.),
 - ◇ la gestion de la vie personnelle (budget, planification d'une journée, etc.),
 - ◇ l'image de soi,
 - ◇ aux relations interpersonnelles,
 - ◇ etc.;
- ♦ des services d'évaluation, d'attribution et d'entraînement à l'utilisation des aides techniques et technologiques pour compenser les incapacités;

- ♦ des services d'adaptation du domicile et d'accompagnement favorisant l'intégration sociorésidentielle;
- ♦ des services d'intégration aux activités socioculturelles, à la pratique de sports ou tout autre loisir;
- ♦ des services de soutien à la personne et à ses proches (information, enseignement, entraide, soutien psychosocial);
- ♦ des services de consultation-conseil et d'information/formation aux intervenants de la communauté;
- ♦ des services pour préparer la personne à son intégration professionnelle. Rappelons que l'évaluation des capacités et habiletés de travail et l'entraînement requis se font toutefois dans le programme multiclientèle d'intégration au travail (exception faite des TCC-SAAQ).

Les services et activités offerts tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience. À titre d'exemple pour les :

⇒ **blessés médullaires :**

en continuité avec les services offerts par le Centre hospitalier du Sacré-Coeur et l'IRM, l'accent sera mis sur les services d'adaptation de la personne à sa nouvelle situation d'intégration sociale, résidentielle et professionnelle;

⇒ **victimes d'accidents vasculaires cérébraux ou d'un traumatisme crânien-cérébral :**

pour ces personnes, des services de neuropsychologie peuvent être indiqués tout comme l'entraînement cognitif à l'effort et aux fonctions langagières;

⇒ **personnes vivant avec un déficit moteur cérébral :**

l'accent peut être mis sur le développement personnel, l'entraînement cognitif aux habiletés psychosociales et interpersonnelles, etc.;

⇒ **personnes atteintes de fibromyalgie :**

on développera précisément les capacités à composer avec la fatigue, à vivre avec la douleur, à économiser l'énergie, à relaxer, ce qui exigera notamment l'intervention de psychologues;

⇒ **personnes atteintes de maladies dégénératives :**

l'intervention psychologique et psychosociale sera importante pour aider la personne à composer avec les deuils successifs. Pour certains diagnostics (sclérose latérale amyotrophique, dystrophies, etc.), les troubles de la déglutition, les problèmes respiratoires (respiration assistée) seront traités;

⇒ **personnes amputées :**

pour les personnes amputées des membres inférieurs, l'entraînement à la marche sera une composante essentielle du programme;

⇒ **troubles graves du comportement :**

il s'agit de supporter la personne dans son milieu, d'outiller les proches et aidants naturels, etc.

1.4 MODES DE PRESTATION DES SERVICES, DURÉE ET INTENSITÉ

LES MODES DE PRESTATION DES SERVICES

Les services et activités des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont offerts à **l'interne, en externe, au domicile de l'usager et dans son milieu de vie**. De plus, les usagers du CRLB peuvent bénéficier de stages en logement expérimental dans l'optique d'intégrer les apprentissages réalisés dans le programme de réadaptation. Dans tous les cas, les modes ou les lieux de prestation des services sont utilisés comme modalités d'apprentissage.

À l'interne :

Tout usager peut débiter son programme de réadaptation à l'interne, exception faite des traumatisés crâniens-cérébraux manifestant des troubles graves du comportement, des personnes présentant une sclérose latérale amyotrophique et de la clientèle souffrant de fibromyalgie à qui l'on offre des programmes qu'en externe.

Si l'internat n'a pas de durée fixe, il a par ailleurs une durée cible de six à douze mois. L'internat est offert lorsque les besoins psychosociaux de la clientèle le requièrent ou lorsque l'intensité des services nécessaires l'exige. C'est ainsi que les blessés médullaires débiteront presque toujours leur réadaptation en internat, alors que les traumatisés crâniens-cérébraux presque jamais.

En externe, au domicile et dans le milieu de vie :

L'externe est le mode privilégié de prestation de services puisqu'il favorise le processus de réadaptation dans les différents contextes de vie de la personne : le domicile, le milieu scolaire, etc.

DURÉE ET INTENSITÉ DE LA PRESTATION DE SERVICES

Tous les programmes de réadaptation visant des clientèles cibles ont des durées cibles de 24 mois, exception faite pour les personnes présentant un déficit moteur cérébral. Ces jeunes usagers peuvent bénéficier d'un programme de 30 mois, compte tenu de leur âge (composante de « maturation »).

L'intensité de l'offre de services varie au cours du processus de réadaptation et selon que les services sont dispensés à l'interne ou en externe. De façon générale la personne a des activités de trois à quatre jours semaine. Inversement, pour les personnes atteintes de maladies dégénératives la fréquence des services augmentera avec la perte des capacités.

2. PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES

MISE EN SITUATION

Nous abordons ici deux des trois programmes multIClientèles de réadaptation à savoir :

1. le programme d'intégration au travail;
2. les programmes d'intégration au travail autofinancés.

Nous invitons le lecteur à prendre connaissance du programme d'accès aux technologies informatiques à l'annexe A.

À l'instar des programmes de réadaptation ciblant des clientèles, les mêmes critères d'inscription prévalent dans les programmes multIClientèles de réadaptation. Nous signalerons cependant les particularités pour chacun des programmes.

La clientèle desservie peut être admise (internat) ou inscrite (externat). Lorsqu'elle est admise, c'est davantage pour de « l'hôtellerie ». Les modes de prestation de services, la durée et l'intensité des services seront précisés pour chaque programme lorsque pertinent.

2.1 LE PROGRAMME D'INTÉGRATION AU TRAVAIL

Toute personne ayant de façon significative et persistante une déficience motrice entraînant des limitations fonctionnelles ou des incapacités et vivant des situations de handicap au plan professionnel peut être inscrite dans ce programme. La personne doit être disponible trois à quatre jours par semaine et avoir un potentiel de réadaptation en regard d'une intégration au travail ou à une occupation à caractère socioprofessionnel.

Le but du programme est de permettre aux personnes ayant des limitations physiques d'optimiser leur qualité de vie par le biais d'un emploi rémunéré ou non. On poursuit les objectifs suivants :

- ♦ que la personne développe ses capacités physiques de manière à se rapprocher le plus possible des standards de productivité et de compétitivité relatifs au marché du travail;
- ♦ que la personne développe des habiletés personnelles pour ainsi augmenter son employabilité;
- ♦ que la personne développe un ensemble d'attitudes sociales lui permettant d'intégrer et de demeurer sur le marché du travail.

Théoriquement, les personnes éligibles peuvent bénéficier de ce programme pendant 24 mois. Dans le passé, le CRLB suivait la personne en emploi. Aujourd'hui, on réfère plutôt la clientèle aux organismes spécialisés en main-d'oeuvre (ex. : SEMO) pour effectuer ce suivi.

Dans ce programme, l'ergothérapeute évalue les capacités de travail de la clientèle par une mise en situation. Pour ce faire, l'usager participe à l'un des deux plateaux de travail créés par le CRLB. Un plateau offre de l'entraînement en bureautique, l'autre est axé sur le travail manuel. L'évaluation peut également se faire dans le cadre de stages externes que le CRLB développe ou en milieu de travail. À la suite de l'évaluation, l'ergothérapeute recommande des activités visant le développement de certaines habiletés. Moniteurs et éducateurs assurent la mise en oeuvre des recommandations et procèdent à l'entraînement requis.

Aux activités d'entraînement au travail se juxtaposent des interventions visant la réduction de l'impact des problèmes perceptuels et cognitifs, des activités de connaissance de soi (prise de conscience des forces), d'apprentissage à l'utilisation des ressources, des groupes de formation (habiletés sociales et socioprofessionnelles, droit et recours en milieu de travail). On prépare la personne à la recherche d'emploi et on la réfère pour le suivi en emploi.

2.2 PROGRAMMES AUTOFINANCÉS D'INTÉGRATION AU TRAVAIL

Au-delà des services d'intégration au travail accessibles à toutes les clientèles, on distingue deux types de programmes pour lesquels des services à la carte sont développés. Des agents payeurs telles la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou des compagnies d'assurances privées font parvenir une demande de services en s'engageant à défrayer les coûts inhérents au programme.

2.2.1 L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS ET DES POSTES DE TRAVAIL

Ce programme vise les personnes pour qui la réalisation d'une évaluation de leurs capacités ou de leur poste de travail est nécessaire à leur maintien ou à leur retour en emploi. Il peut s'agir de personnes présentant des incapacités temporaires mais plus généralement d'une condition de chronicité nécessitant une précision quant à leurs capacités d'accomplir un travail. Pour participer au programme, ces personnes ne doivent pas être inscrites dans un autre programme qui les empêcherait de participer de façon intensive à l'évaluation.

On vise à évaluer les capacités de travail de la personne et à les développer dans certains cas (en fonction de l'agent payeur). Il peut également s'agir d'évaluer les postes de travail et de les adapter.

Le service est standardisé. Pendant une dizaine de jours, l'ergothérapeute procède à l'évaluation globale des capacités de travail dans le cadre d'une simulation ou à l'évaluation des capacités fonctionnelles de travail en regard d'un emploi précis. Un rapport détaillé est présenté à l'agent payeur. Un programme précis de développement des capacités peut en résulter pour une période prédéterminée (ex. : entraînement à l'effort pour 20, 30, 40 jours).

2.2.2 PROGRAMME MULTIDISCIPLINAIRE PERSONNALISÉ DE RÉADAPTATION SOCIOPROFESSIONNELLE

Le programme d'évaluation et de rééducation des travailleurs aux prises avec des maux de dos chroniques (PERT) a fait place au programme multidisciplinaire personnalisé de réadaptation professionnelle. Il s'agit de l'élargissement des pathologies admissibles ainsi que le développement de modalités d'intervention plus souples, « à la carte », selon les besoins individualisés. Ce programme a pris définitivement forme dans le cadre d'une collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

On cible les travailleurs qui ont été victimes d'une lésion professionnelle qui a laissé des séquelles au niveau vertébral et qui font ou feront face à des problèmes de réinsertion professionnelle consécutifs à cette lésion. Il s'agit particulièrement de travailleurs chez qui les traitements conventionnels n'ont pas donné les résultats espérés. La personne doit accepter de collaborer et démontrer de la motivation.

Dans le but d'une réinsertion au travail, on développe chez la personne les habiletés, les attitudes et les capacités de vivre et fonctionner avec une douleur chronique. Ce programme individualisé, variable en durée, met en oeuvre psychologues, physiothérapeutes, éducateurs physiques, conseillers en orientation et ergothérapeutes. L'entraînement peut se faire au CRLB ou dans le milieu de travail même.

3. PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

MISE EN SITUATION

Le CRLB offrait, en 1996-1997, cinq programmes de soutien à l'intégration à savoir :

1. les services externes spécialisés (cliniques);
2. le programme de répit-dépannage;
3. le programme résidentiel alternatif;
4. le programme d'aide matérielle;
5. le supplément au loyer

Nous invitons le lecteur à prendre connaissance, à l'annexe B, du programme de l'évaluation de la conduite automobile mis en oeuvre en 1997-98.

À l'instar des programmes de réadaptation ciblant des clientèles, les mêmes critères d'inscription prévalent dans les programmes multiclientèles de soutien à l'intégration. Nous signalerons cependant les particularités pour chacun des programmes.

La clientèle desservie est généralement inscrite dans ces programmes. Il n'y a pas de durée d'intervention cible, à l'exception du programme répit-dépannage que nous spécifierons.

3.1 LES SERVICES EXTERNES SPÉCIALISÉS

Toute personne adulte qui vit avec une déficience motrice, sans égard à son diagnostic, peut consulter en cliniques externes pour des services spécialisés et ponctuels non disponibles dans la communauté. De plus, un suivi à long terme des personnes atteintes de maladies neuromusculaires est disponible en cliniques externes.

Les cliniques externes ont pour but de maintenir dans la communauté les personnes physiquement limitées en fournissant des services spécialisés d'adaptation/réadaptation et de support à l'intégration. On vise à maintenir à un niveau optimal l'état de santé physique et psychosociale des usagers en dispensant des interventions pouvant y apporter des améliorations et en prévenir les détériorations.

Le programme comprend des activités d'évaluation, de consultation et d'intervention spécialisée en médecine, physiothérapie, ergothérapie, service social, psychologie, éducation spécialisée et orthophonie. Des consultations psychosociales et psychologiques sont accessibles lorsque reliées à la déficience motrice. On offre de plus de la consultation-conseil aux professionnels oeuvrant dans le milieu de vie des usagers. Cette consultation-conseil peut

donner lieu à la formulation d'un plan d'intervention concernant l'utilisateur, d'un plan de travail ou à de la formation continue.

3.2 PROGRAMME RÉPIT-DÉPANNAGE

Le programme de répit-dépannage s'adresse à toute personne adulte ayant une déficience motrice qui a besoin d'un hébergement temporaire n'excédant pas 90 jours. Il peut s'agir : d'une personne vivant à son domicile et qui, pour une raison particulière, doit quitter son logement de façon temporaire; d'une personne en provenance de l'extérieur de Montréal qui nécessite un hébergement temporaire pour des rendez-vous ou traitements médicaux; d'une personne active dans un programme du centre et qui, en raison d'une situation particulière, nécessite un hébergement temporaire. Dans tous les cas, la personne se trouve dans l'impossibilité d'obtenir des services dans son milieu et le CRLB doit avoir la garantie que la personne retournera dans son milieu de vie par la suite.

Par le biais d'un hébergement temporaire, on offre à l'utilisateur et à ses proches un temps de répit, de dépannage, lui permettant un retour dans son milieu de vie naturel et le maintien de ses rôles sociaux. On assure à l'utilisateur des services d'hôtellerie de base ainsi que des soins de santé et d'assistance requis par sa condition. Ces services n'encourent aucun frais pour l'utilisateur.

3.3 PROGRAMMES RÉSIDENTIELS ALTERNATIFS

Les programmes résidentiels alternatifs visent à permettre, à des personnes limitées physiquement, l'accès à une ressource résidentielle avec les services d'assistance physique, de soins infirmiers et médicaux et de support psychosocial requis.

On identifie deux types de résidences alternatives :

1. les îlots (4) d'appartements (55) individuels où l'assistance est continue (24 h/7 j);
2. le foyer de groupe où l'assistance est régulière sur certaines périodes.

LES ÎLOTS RÉSIDENTIELS

La clientèle qui a accès à ces ressources présente une déficience physique entraînant des incapacités généralement multiples, mais principalement de très grandes limitations fonctionnelles. La clientèle admise dans un programme de réadaptation du CRLB a un accès prioritaire à ces ressources. Elle doit toutefois nécessiter une assistance continue, démontrer la capacité d'assurer avec support l'organisation de la vie quotidienne et répondre aux critères de la Société d'habitation du Québec quant aux revenus.

On dénombre quatre îlots résidentiels :

Îlot Gouin : comprend 18 appartements dans un immeuble géré par un organisme sans but lucratif (OSBL).

Îlot Esplanade : compte 15 logements situés dans un HLM. La clientèle de cet îlot nécessite des soins infirmiers à proximité pour pouvoir vivre dans un milieu résidentiel intégré.

Îlot Newman : 9 logements sont situés dans l'Ouest de l'Île. On y accueille une clientèle anglophone.

Îlot du Pont : est composé de 13 logements privés, avec ou sans supplément au loyer.

FOYER DE GROUPE

La résidence Chartrand est un foyer de groupe qui accueille huit personnes qui présentent des incapacités multiples et de très grandes limitations psychosociales. Les personnes admises ont généralement des troubles du comportement. Après une phase d'adaptation/réadaptation, elles nécessitent de manière continue des services de support, d'encadrement ou de supervision pour pouvoir vivre dans un milieu résidentiel intégré. Les services requis ne sont pas disponibles dans les ressources de la communauté, soit à cause de leur nature ou de la fréquence nécessaire. La personne doit souhaiter et être en mesure de vivre en groupe sans la présence permanente de personnel.

3.4 LE PROGRAMME D'AIDE MATÉRIELLE

Le CRLB reçoit chaque année plusieurs demandes d'aide de la part de personnes handicapées, d'associations et d'établissements : meubles, prêts d'équipements spécialisés, etc. Un conseiller à l'aide matérielle reçoit et traite l'ensemble de ces demandes. Dans certains cas, il transige avec différents organismes subventionnaires (Office des personnes handicapées du Québec, Régie régionale, Centre de travail Québec). Dans d'autres cas, il doit solliciter un don ou un prêt temporaire afin de satisfaire le demandeur.

3.5 LE PROGRAMME DE SUPPLÉMENT AU LOYER

Pour le compte de la Société d'habitation du Québec (SHQ), le CRLB gère le programme de supplément au loyer pour les adultes ayant une déficience motrice.

Sont éligibles au programme, les personnes limitées dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, sont atteintes d'une déficience physique et qui utilisent une aide technique pour pallier à leur handicap. Les personnes ont une difficulté d'accès et de circulation significative à l'égard d'un logement non adapté et elles ont un revenu en dessous du seuil fixé par la SHQ.

Le CRLB évalue la demande de la personne selon les critères du programme mis de l'avant par la SHQ. Il évalue l'accessibilité du logement désiré par la personne et s'assure que ce logement est adéquat avant de signer une entente avec le propriétaire.

Le lecteur peut prendre connaissance du résumé qui suit avant d'aborder le chapitre sur les clientèles desservies.

EN RÉSUMÉ

De façon générale, les **critères d'admissibilité** aux programmes sont : avoir 18 ans (16 ans pour les DMC), avoir une condition médicale stabilisée, présenter un potentiel de réadaptation, être disponible à suivre les activités de réadaptation. Une admission particulière est réalisée pour les blessés médullaires qui sont desservis dans le cadre du « Centre d'expertise pour l'Ouest du Québec ». Il en est de même pour les personnes souffrant de traumatisme crânien-cérébral avec troubles graves du comportement et la clientèle souffrant de fibromyalgie pour qui les critères spécifiques sont appliqués.

Les **objectifs** des programmes de réadaptation ciblant des clientèles visent le développement optimal de l'autonomie fonctionnelle, personnelle et sociale nécessaire au maintien ou à l'intégration communautaire, résidentielle et professionnelle de l'usager. Les **services** offerts comprennent : l'évaluation, les services de récupération et de développement des capacités et l'acquisition d'habiletés compensatoires; les services d'évaluation, d'attribution et d'entraînement à l'utilisation des aides techniques; les services d'adaptation du domicile et d'accompagnement favorisant l'intégration sociorésidentielle; les services de soutien à la personne et à ses proches; les services de consultation-conseil auprès des intervenants de la communauté; les services de préparation à l'intégration professionnelle. Ces services tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience.

Les services des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont offerts à **l'interne, à l'externe, au domicile et dans le milieu de vie**. La **durée cible** de l'internat est de six à douze mois. L'externe est le mode privilégié pour la prestation de services. Les programmes de réadaptation ciblant des clientèles, indépendamment du lieu de prestation, ont des durées cibles de 24 mois, à l'exception des personnes présentant un déficit moteur cérébral (30 mois). De façon générale, la personne participe à des activités de trois à quatre jours par semaine.

Les programmes **d'intégration au travail** visent à développer les capacités physiques, les habiletés professionnelles et un ensemble d'attitudes sociales permettant à l'usager d'intégrer et de demeurer sur le marché du travail. Les personnes éligibles peuvent bénéficier de ce programme pendant 24 mois. On distingue deux programmes autofinancés d'intégration au travail : l'évaluation des capacités et des postes de travail et le programme multidisciplinaire personnalisé de réadaptation socioprofessionnelle. Ces deux derniers programmes sont des « services à la carte » adaptés aux demandes d'agents payeurs.

Les **services externes spécialisés** s'adressent à toute personne adulte qui vit avec une déficience motrice, sans égard à son diagnostic. Elle peut être suivie à long terme et/ou consulter pour des services spécialisés et ponctuels non disponibles dans la communauté. Ces services externes comprennent l'évaluation, la consultation et l'intervention spécialisée en médecine, la physiothérapie, l'ergothérapie, le service social, la psychologie, l'éducation spécialisée et l'orthophonie. Des consultations psychosociales et psychologiques sont accessibles lorsque reliées à la déficience motrice.

Le **répit-dépannage** est offert à toute personne adulte ayant une déficience motrice qui a besoin d'un hébergement temporaire n'excédant pas 90 jours.

Le programme **résidentiel alternatif** cible une clientèle nécessitant des services d'assistance physique, de soins infirmiers et médicaux et de support psychosocial pour vivre dans la communauté. Le Centre

intervient dans quatre îlots d'appartements où l'assistance est continue (24 h/7 j) et un foyer de groupe qui accueille huit personnes qui ont généralement des troubles de comportement.

Les programmes **d'aide matérielle** et de **supplément au loyer** contribuent à assurer l'autonomie résidentielle des usagers.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Le Centre s'adresse à une clientèle âgée de 18 ans et plus présentant un potentiel de réadaptation. Les blessés médullaires, traumatisés crâniens-cérébraux avec troubles graves du comportement et la clientèle souffrant de fibromyalgie présentent des particularités au chapitre de l'admission.
2. Les services des programmes ciblant des clientèles sont offerts en internat et sur une base externe, au domicile et dans le milieu de vie de l'utilisateur.
3. Les programmes de réadaptation ciblant des clientèles ont généralement une durée cible de 24 mois et l'utilisateur participe à des activités de trois à quatre jours par semaine.
4. Les programmes de réadaptation multiclientèles sont centrés sur l'intégration au travail. À noter les programmes autofinancés par la SAAQ, CSST et assureurs privés.
5. Les programmes multiclientèles en soutien à l'intégration sont composés des services externes spécialisés, du programme de répit-dépannage, du programme résidentiel alternatif, des programmes d'aide matérielle et du supplément au loyer.

CHAPITRE 3

LES CLIENTÈLES DESSERVIES

MISE EN SITUATION

Nous dressons le portrait de la clientèle desservie en 1996-97 en abordant dans l'ordre :

1. les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale ciblant des clientèles spécifiques que nous traitons selon les programmes « théoriques » retenus au niveau régional, à savoir : neurologie, orthopédie et personnes amputées;
2. les programmes multIClientèles de réadaptation;
3. les programmes multIClientèles « en soutien à l'intégration sociale ».

Le CRLB nous a transmis les données traitées pour cette période. Le Centre a constitué les programmes théoriques régionaux à l'aide des codes CIM-9 du diagnostic principal de l'utilisateur lors de la demande de service. Le lecteur peut consulter une synthèse des résultats du traitement des données en fin de chapitre.

1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS

En 1996-97, 526 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 467 usagers différents répartis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles de la façon suivante :

- ✱ 88,7 % (414/467) des usagers sont desservis pour des diagnostics **neurologiques**;
- ✱ 9,2 % (43/467) pour des diagnostics reliés à l'**orthopédie**;
- ✱ on reçoit très peu d'**usagers amputés** (2,1 %; 10/467) dans ce type de programme.

En neurologie

Les principales problématiques neurologiques traitées au CRLB en 1996-97 dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont dans l'ordre décroissant :

- ✱ les traumatismes crâniens cérébraux (36,2 %; 150/414);
- ✱ les maladies dégénératives dont souffre 28 % (116/414) de la clientèle (sclérose en plaques, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, ataxie, etc.);
- ✱ les accidents vasculaires cérébraux dont a été victime 21,7 % (90/414) de la clientèle desservie dans ce programme;

- ✱ les blessés médullaires (7,7 %; 32/414).
- ✱ Mentionnons que le CRLB reçoit peu de personnes atteintes d'un déficit moteur cérébral (5/414) dans ce programme.

En orthopédie

La principale problématique orthopédique traitée au CRLB, en 1996-97, est la fibromyalgie (76,7 %; 33/43).

1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE

Dans les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale s'adressant à des clientèles cibles, on observe que :

- ✱ la majorité de la clientèle (58 %; 271/467) desservie est de **sexe masculin**.

⇒ Faits à remarquer :

- ◇ les hommes sont largement majoritaires en neurologie (63,5 %; 263/414).
- ◇ La clientèle présentant un problème de nature orthopédique est composée à 93 % de femmes (40/43).

- ✱ 70,3 % (329/467) des personnes desservies ont entre 25 et 54 ans.

⇒ Fait à remarquer :

- ◇ on dénombre très peu de personnes âgées de 65 ans et plus (4,1 %; 19/467).

- ✱ 66 % (308/467) de la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre**. Une proportion importante réside en Montérégie (20,1 %; 94/467).
- ✱ 81,8 % (251/308) des personnes de la région Montréal-Centre résident dans les sous-régions **St-Luc, Sacré-Coeur et Maisonnette-Rosemont**.
- ✱ Près de 90 % (417/467) de la clientèle demeure en **milieu naturel**.

1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

- ✱ 48 % (224/467) des usagers des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont référés au CRLB par des **centres hospitaliers** (toutes catégories confondues). Les centres hospitaliers y réfèrent presque uniquement une clientèle atteinte de problèmes neurologiques.
- ✱ L'IRM est de loin le principal **centre hospitalier de réadaptation** qui réfère au CRLB (49,1 %; 110/224).
- ✱ 41,5 % (193/467) des références au CRLB proviennent de la communauté (CLSC, CR, OSBL, CSST, SAAQ, cabinets de médecins et cliniques privées, usagers et leurs proches, etc.). On constate que :

- ✱ les agents payeurs telles la SAAQ et la CSST (32,6 %; 63/193) et les usagers (28 %; 54/193) sont les deux plus grandes sources de référence de la communauté.

1.4 TAUX DE ROULEMENT⁵

Par ordre décroissant, le **taux de roulement des usagers inscrits** se présente comme suit pour l'année 1996-97 :

✱ orthopédie :	86,0 %
✱ personnes amputées :	58,3 %
✱ neurologie :	40,1 %

Le taux de roulement est plus du double en orthopédie qu'en neurologie. Ceci peut s'expliquer par le fait que le CRLB dessert, en orthopédie, principalement une clientèle ayant une problématique de fibromyalgie. Les services de réadaptation offerts à cette clientèle sont des activités de groupe à durée fixe.

1.5 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS)⁶ ET DURÉE MOYENNE D'INTERVENTION : CLIENTÈLE INSCRITE⁷

En 1996-97, 208 personnes inscrites ont terminé leur programme de réadaptation. Tous services cliniques confondus, la **moyenne des heures de prestation de services** pour la clientèle inscrite est extrêmement variable d'un programme à l'autre. La moyenne par programmes se présente dans l'ordre décroissant suivant :

✱ neurologie :	284,2 heures
✱ personnes amputées :	48,5 heures
✱ orthopédie :	25,8 heures

À titre indicatif, mentionnons que la prestation de services s'échelonne sur une **durée moyenne d'intervention**⁸ qui varie comme suit :

✱ neurologie :	15,9 mois	(476, 1 jours)
✱ personnes amputées :	5,6 mois	(169,3 jours)
✱ orthopédie :	3,3 mois	(100,2 jours)

Observons maintenant comment ces heures de prestation de services se répartissent selon le personnel clinique.

Neurologie

En neurologie la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens identifiés, varie de la façon suivante :

✱ éducateur :	125,8 heures
✱ ergothérapeute :	39,9 heures
✱ physiothérapeute :	20,8 heures

⁵ Le taux de roulement a été calculé selon la formule retenue par la Fédération des Centres de réadaptation, à savoir : nombre de départs/nombre total d'usagers au cours de la période.

⁶ Les HPS ont été calculées à partir des usagers qui ont terminé leur réadaptation au cours de l'année 1996-97 en distinguant les usagers admis et les usagers inscrits. Ces clients ont pu commencer le programme en 1996-97, 1995-96 ou même avant. Le CRLB a alloué au prorata des participants les HPS des activités de groupe. Notons que la compilation des HPS au CRLB se fait aux 15 minutes.

⁷ Notons que la clientèle inscrite reçoit ses services sur une base externe. La clientèle inscrite en 1996-97 a pu être admise en 1995-96 sans que la base de données du CRLB ne puisse l'identifier.

⁸ Pour la clientèle inscrite, la durée d'intervention est calculée en tenant compte de la date d'inscription et de départ de l'utilisateur dans le programme. Par ailleurs, comme l'utilisateur ne fréquente le Centre que certains jours par semaine et de façon variable entre le début et la fin du programme, cette donnée ne doit être utilisée qu'à titre indicatif. Nous l'utilisons pour contextualiser la moyenne des HPS.

✱ psychologue :	18,0 heures
✱ orthophoniste :	16,0 heures
✱ travailleur social :	16,0 heures
✱ services infirmiers :	6,8 heures

Amputés

Pour les personnes amputées la moyenne des heures soins par catégories de cliniciens identifiés et les plus fréquemment interpellés varie de la façon suivante:

✱ physiothérapeute :	38,6 heures
✱ éducateur :	10,4 heures
✱ ergothérapeute :	9,0 heures
✱ travailleur social :	4,0 heures

Orthopédie

En orthopédie la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens identifiés et les plus fréquemment interpellés, varie de la façon suivante:

✱ éducateur :	16,0 heures
✱ physiothérapeute :	2,9 heures
✱ psychologue :	5,2 heures
✱ ergothérapeute :	4,6 heures
✱ travailleur social :	6,7 heures

Notons que le profil de desserte est relativement constant pour les usagers d'un même programme.

1.6 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS) ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR : CLIENTÈLE ADMISE⁹

En 1996-97, 37 usagers admis ont terminé leur programme de réadaptation. Notons qu'en orthopédie il n'y avait aucune personne admise. Tous services cliniques confondus, la **moyenne des heures de prestation de services** pour la clientèle admise en neurologie est supérieure aux heures de prestation de services pour la clientèle amputée. La moyenne par programmes se présente comme suit :

✱ neurologie :	331,0 heures
✱ personnes amputées :	113,3 heures

Allant de pair avec la moyenne d'heures de prestation de services, la durée moyenne de séjour varie comme suit :

✱ neurologie :	8,5 mois
✱ personnes amputées :	1,8 mois

Observons maintenant comment ces heures de prestation de services se répartissent selon le personnel clinique.

Neurologie

En neurologie la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens identifiés, varie de la façon suivante :

✱ éducateur :	152,2 heures
✱ ergothérapeute :	65,2 heures
✱ physiothérapeute :	52,1 heures
✱ services infirmiers :	40,3 heures
✱ orthophoniste :	40,1 heures

⁹ La clientèle admise reçoit ses services en internat. La clientèle admise en 1996-97 a pu être inscrite en 1995-96 sans que la base de données du CRLB ne puisse l'identifier.

- ✱ travailleur social : 21,5 heures
- ✱ psychologue : 17,2 heures

Amputés

Pour les personnes amputées la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens identifiés et les plus fréquemment interpellés, varie de la façon suivante:

- ✱ physiothérapeute : 56,0 heures
- ✱ éducateur : 32,5 heures
- ✱ services infirmiers : 8,3 heures
- ✱ ergothérapeute : 7,5 heures
- ✱ travailleur social : 5,6 heures

Notons encore une fois que le profil de desserte est relativement constant pour les usagers d'un même programme.

Regardons maintenant la clientèle desservie dans les programmes multiclientèles de réadaptation.

2. PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES

Le portrait de la clientèle desservie dans les programmes multiclientèles **d'intégration au travail et d'intégration au travail autofinancée** se fera globalement. Par ailleurs, nous attirerons l'attention du lecteur sur des distinctions particulières, notamment en ce qui a trait aux heures de prestations de services.

2.1 PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 539 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 508 usagers différents desservis dans les programmes d'intégration au travail. Selon les diagnostics répertoriés :

- ✱ 56,9 % (289/508) des usagers présentent des problématiques liées à l'orthopédie et 42,3 % (215/508) des problématiques neurologiques.

Notons que c'est le seul programme du CRLB où la clientèle souffrant d'une problématique orthopédique décline les personnes ayant un diagnostic neurologique.

On remarque que :

- ✱ 70 % de la clientèle desservie est de **sex masculin** (356/508).
- ✱ 90,9 % des usagers sont âgés entre **18 et 54 ans**. À peine 8,9 % de la clientèle amorce la fin de sa période active de travail (55 à 64 ans).
- ✱ Si la majorité de la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre** (59,4 %; 302/509) **une bonne proportion vient de la Montérégie** (19,5 %; 99/509) et des régions de la ceinture nord de Montréal (**Laval, Laurentides, Lanaudière** : 17,3 %; 88/509).
- ✱ Des usagers de Montréal-Centre, 84,4 % (255/302) vivent dans les sous-régions **Maisonnette-Rosemont, St-Luc et Sacré-Coeur**.

2.2 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

La clientèle est référée au CRLB :

- ⊗ majoritairement par la SAAQ et la CSST (52,4 %; 266/508);
- ⊗ le réseau de la santé (CH, CLSC, CR) réfère à peine 12,6 % (64/508) des usagers dans ces programmes.

2.3 TAUX DE ROULEMENT ET HEURES PRESTATION DES SERVICES (HPS)

On observe que les programmes qui ont des agents payeurs (SAAQ, CSST) ont un taux de roulement fort supérieur (75,9 %) au programme d'intégration au travail régulier (35,2 %). Il en est de même de la moyenne des heures de prestation de services. En effet, celle-ci est de beaucoup supérieure dans les programmes autofinancés (74,2 h) que dans le programme régulier (34,1 h). C'est donc dire l'intensité des services à la carte offerts par le CRLB dans le cadre d'ententes avec des agents payeurs.

Par types de professionnels impliqués et le plus souvent identifiés selon les besoins de la clientèle, la moyenne des heures soins varie de la façon suivante:

	Programmes autofinancés	Programmes réguliers
⊗ physiothérapeute :	25,9 h	-----
⊗ éducateur :	-----	19,6 h
⊗ ergothérapeute :	47,2 h	5,6 h
⊗ psychologue :	13,3 h	1,2 h

Précisons maintenant le portrait de la clientèle desservie dans les programmes « en soutien à l'intégration ».

3. LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION

Pour décrire la clientèle desservie dans les programmes « en soutien à l'intégration » nous les abordons dans l'ordre suivant :

- 3.1 les cliniques externes spécialisées;
- 3.2 le programme de répit-dépannage;
- 3.3 le programme résidentiel alternatif;
- 3.4 le programme de supplément au loyer.

Nous invitons le lecteur à prendre connaissance des données clientèles pour le programme d'évaluation de la conduite automobile mis en oeuvre en 1997-98 à l'annexe B.

3.1 LES CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-1997, 1088 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 949 usagers différents. Dans ces services on accueille presque essentiellement des personnes connaissant des problèmes neurologiques (90,9 %; 863/949). Les personnes atteintes de

maladies neuromusculaires sont dominantes (ex. : dystrophie/ataxie, 19,5 %; sclérose en plaques, 18,8 %; DMC, 15,2 %).

On remarque :

- ✱ une proportion d'hommes (53 %) et de femmes se rapprochant (47 %).
- ✱ 75,4 % (819/949) des usagers sont âgés entre 25 et 54 ans.
- ✱ 76,1 % de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre et 22 % des régions limitrophes (Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière).
- ✱ La clientèle de Montréal-Centre réside à 86 % dans les sous-régions Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont et St-Luc.

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES DE PRESTATION SERVICES (HPS)

En 1996-97, le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est faible (27,4 %; 298 départs/1088 usagers). Ceci s'explique par la nature du service qui offre un suivi au besoin mais à long terme. Tous services cliniques confondus, un usager aurait reçu en moyenne 14,5 heures de services.

3.2 LE PROGRAMME DE RÉPIT-DÉPANNAGE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 188 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 145 usagers différents desservis.

Dans ce programme, on accueille :

- ✱ une majorité de personnes connaissant des problèmes neurologiques (78,6 %; 114/145), notamment des DMC (25,4 %; 29/114) et des TCC (19,3 %; 22/145).

On remarque :

- ✱ une majorité d'hommes desservis (63,4 %; 92/145).
- ✱ Encore ici les 25-54 ans dominant, 77,9 % (113/145).
- ✱ Si 50 % (72/145) des usagers du répit-dépannage proviennent de la région de **Montréal-Centre**, 31 % sont originaires des régions limitrophes (**Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière**) et 19 % des **régions plus éloignées**.
- ✱ Les personnes qui habitent la région de Montréal résident à 93 % (67/72) dans les sous-régions **St-Luc, Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur**.
- ✱ 84,1 % (122/145) des usagers accueillis dans le programme demeurent à domicile et 89 % (129/145) y retournent à la fin de la période d'hébergement. On peut penser qu'il y a quelques rares usagers en transit entre une ressource d'hébergement ou un centre hospitalier et le domicile.

TAUX DE ROULEMENT ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est très élevé (92,6 %; 174 départs/188 usagers). Ce haut taux de roulement va de pair avec une durée moyenne de séjour de l'ordre de 40,6 jours.

3.3 LE PROGRAMME RÉSIDENTIEL ALTERNATIF

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 66 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 65 usagers différents desservis dans le programme résidentiel alternatif.

La totalité des usagers présente des **problématiques neurologiques**. On y retrouve une forte proportion de **DMC** (44,6 %; 29/65), de **TCC** (21,5 %; 14/65), de dystrophiques et ataxiques (15,4 %; 10/65).

On remarque que :

- ✱ 70,8 % (46/65) de la clientèle desservie est de **sex masculin**.
- ✱ 73,8 % de la clientèle a entre 25 et 44 ans.

TAUX DE ROULEMENT ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Il va sans dire que le taux de roulement de la clientèle est extrêmement faible (7,6 %; 5 départs/66 usagers), car il s'agit de milieux de vie substitués à long terme.

La durée moyenne de séjour des cinq personnes qui ont quitté en 1996-97 est de 4,3 ans. Cette donnée est par ailleurs basée sur un trop petit nombre de cas pour être généralisable à la clientèle bénéficiant de ce programme.

3.4 LE PROGRAMME DE SUPPLÉMENT AU LOYER

Le CRLB gère le programme de supplément au loyer pour le compte de la Société d'habitation du Québec.

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 455 usagers différents recevaient un supplément au loyer géré par le CRLB. Les usagers bénéficiant de ce programme d'aide gouvernementale sont à 90 % atteints de problématiques neurologiques, notamment des maladies neuromusculaires dégénératives.

On remarque :

- ✱ qu'il y a autant d'hommes que de femmes.
- ✱ Les 25-54 ans dominant (71 %; 316/445).
- ✱ Si 80 % des personnes proviennent de la région de **Montréal-Centre**, 20 % sont originaires de la **Montréal-Centre, Laval, Laurentides, Lanaudière**.

- ⊗ Les personnes qui habitent la région de Montréal résident, à 84,4 %, dans les sous-régions **St-Luc, Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur**.

TAUX DE ROULEMENT

Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est très faible (9,7 %; 43 départs/445 usagers) puisqu'il s'agit d'un programme de subvention à long terme.

Le lecteur peut prendre connaissance du résumé qui suit avant de passer au chapitre sur l'accessibilité aux services.

EN RÉSUMÉ

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

En 1996-97, 467 usagers différents ont été desservis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles. Ils se répartissent comme suit: 88 % (n=414) des usagers ont un diagnostic neurologique, 9,2 % (n=43) ont un diagnostic orthopédique et 2,1 % (n=10) sont des usagers amputés.

Le **profil des usagers** desservis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles est le suivant : la clientèle est composée à 70 % (n=329) de personnes âgées entre 25 à 54 ans; peu d'usagers sont âgées de 65 ans et plus (4 %, n=19). Les deux tiers de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre. La clientèle résidant sur l'île de Montréal se concentre dans les sous-régions de Saint-Luc, Sacré-Coeur et Maisonneuve-Rosemont. Près de 90 % de la clientèle demeure en milieu naturel.

Les **principaux référents** sont les centres hospitaliers toutes catégories confondues (48 %, n=224) et, notamment, l'IRM (n=110). Les centres hospitaliers réfèrent presque uniquement une clientèle atteinte de problèmes neurologiques. Les autres références (41,5 %, n=193) proviennent de la communauté, principalement de la SAAQ, de la CSST et des usagers eux-mêmes.

Le **taux de roulement** des usagers des programmes de réadaptation ciblant des clientèles varie considérablement : orthopédie 86 %, personnes amputées 58,3 % et neurologie 40,1 %. La **moyenne des heures de prestation de services** pour les clientèles inscrites s'établit de la façon suivante : neurologie 248,2 h, personnes amputées 48,5 h et orthopédie 25,8 h. La **durée moyenne d'intervention** s'échelonne comme suit : neurologie 15,9 mois, personnes amputées 5,6 mois et orthopédie 3,3 mois. Le rôle des éducateurs dans la prestation des services des programmes clientèles ressort de façon très manifeste. Ces professionnels sont associés aux ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, psychologues, travailleurs sociaux et infirmières.

La moyenne des heures de prestation de services pour la **clientèle admise** aux programmes clientèles se détaille comme suit : neurologie 331 heures et personnes amputées 113 heures. En neurologie, les clients sont admis pour une durée moyenne de 8,5 mois pendant que pour les personnes amputées, la durée est de 1,8 mois. Ici aussi, nous notons la contribution horaire importante des éducateurs.

PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE RÉADAPTATION

Les programmes d'intégration au travail ont rejoint, en 1996-1997, 508 usagers différents. 56,9 % (n=289) présentent des problématiques liées à l'orthopédie et 42,3 % (n=215) des problématiques neurologiques. 90% de la clientèle rejointe est âgée entre 18 à 54 ans. Les usagers proviennent à 59,4 % (n=302) de l'île de Montréal. Les principaux référents sont la SAAQ et la CSST (52,4 %, n= 266).

Les programmes d'intégration au travail autofinancés ont un taux de roulement nettement supérieur (75,9 %) au programme d'intégration au travail régulier (35,2 %). Il en est de même de la moyenne des heures de prestation de services : 74,2 h pour les programmes autofinancés versus 34,1 h pour le programme régulier. À noter une forte concentration de services de physiothérapie et d'ergothérapie dans les services autofinancés pendant que les services réguliers ont une prépondérance pour les éducateurs.

PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

On dénombre dans les **cliniques externes spécialisées** 949 usagers différents. 76,1 % de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre. Le taux de roulement de la clientèle fréquentant les cliniques externes est faible (27,4 %) compte tenu qu'il s'agit d'un suivi à long terme. Tous services cliniques confondus, un usager recevrait en moyenne 14,5 heures de services.

Le programme **répit-dépannage** a desservi 145 usagers différents en 1996-1997. On y accueille une majorité de personnes connaissant des problèmes neurologiques (78,6 %, n=114). 77,9 % de cette clientèle a de 25 à 54 ans. 50 % des usagers proviennent de la région de Montréal-Centre. Le taux de roulement de la clientèle est élevée (92,6 %).

Le programme **résidentiel alternatif** dessert 65 usagers différents. La totalité des usagers présente des problématiques neurologiques. On y retrouve une forte proportion de DMC (44,6 %, n=29), de TCC (21,5 %, n=14), de dystrophiques et ataxiques (15,4 %, n=10). Le taux de roulement de la clientèle est extrêmement faible (7,6 %).

Le programme de **supplément au loyer** a atteint, en 1996-97, 445 usagers différents. Les usagers bénéficiant de ce programme d'aide sont à 90 % atteints de problématiques neurologiques. 80 % des personnes rejointes proviennent de la région de Montréal-Centre. Le taux de roulement dans ce programme est très faible (9,7 %).

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1. 88% (414/467) des usagers desservis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles ont un diagnostic neurologique.
2. Les principaux référents (48 %, n=224) pour les programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont les centres hospitaliers, notamment l'IRM.
3. Les taux de roulement des programmes ciblant des clientèles varient considérablement : orthopédie 86 %, personnes amputées 58,3 % et neurologie 40 %.
4. La contribution des éducateurs relève la moyenne des heures de prestation de services par usager inscrit des programmes clientèles.

Ces moyennes varient de la façon suivante : neurologie 248,2 h, personnes amputées 48,5 h et orthopédie 25,8 h. La durée moyenne d'intervention est de 15,9 mois en neurologie, 5,6 mois pour les personnes amputées et 3,3 mois en orthopédie. Un profil semblable s'observe pour la clientèle admise.

LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES

5. On note deux types de programmes d'intégration au travail; l'un est autofinancé (SAAQ, CSST) et l'autre est un programme régulier. 508 usagers différents ont été desservis en 1996-1997. La moyenne des heures de prestation de services et le taux de roulement sont différents selon qu'il s'agit du programme régulier ou du programme autofinancé.

LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION

6. 949 usagers différents ont un dossier actif en cliniques externes spécialisées. Le taux de roulement est faible (27,4 %). En moyenne, un usager recevrait 14,5 heures de services (à titre indicatif).
7. Le répit-dépannage dessert 145 usagers différents en 1996-1997. Ce programme rejoint des personnes à problèmes neurologiques. Le taux de roulement est élevé (92,6 %).
8. Le programme résidentiel alternatif dessert 65 usagers différents. La totalité des usagers présente des problèmes neurologiques. Le taux de roulement est faible (7,6 %).
9. Le programme de supplément au loyer a rejoint 455 usagers différents, dont 90 % sont atteints de problématiques neurologiques. Le taux de roulement est très faible (9,7 %).

DANS L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES

10. Dans l'ensemble des programmes, on remarque une majorité de personnes âgées entre 25 à 54 ans.
11. Selon les programmes, la proportion de clients provenant de l'île de Montréal varie pour se situer généralement entre 60 et 70 %.
12. Le Centre Lucie-Bruneau dessert, sur l'île de Montréal, une clientèle concentrée en majorité dans les sous-régions de Saint-Luc, Sacré-Coeur et Maisonneuve-Rosemont.

SYNTHÈSE

DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES

DU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

DONNÉES CLIENTÈLES EN TABLEAU

Tableau 2

	VOLUME G.TOTAL USAGERS	USAGERS DIFFÉRENTS		SEXE				GROUPES D'ÂGES																	
		Nbre	% V	FÉMININ		MASCULIN		17 ET -		18-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		85 & +	
				Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																									
A) Amputés	16	10	2,1%	5	50,0%	5	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	10,0%	2	20,0%	2	20,0%	4	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
B) Neurologie	467	414	88,7%	151	36,5%	263	63,5%	5	1,2%	54	13,0%	108	26,1%	100	24,2%	83	20,0%	51	12,3%	13	3,1%	0	0,0%	0	0,0%
C) Orthopédie	43	43	9,2%	40	93,0%	3	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%	14	32,6%	18	41,9%	7	16,3%	2	4,7%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	526	467	100,0%	196	42,0%	271	58,0%	5	1,1%	54	11,6%	111	23,8%	115	24,6%	103	22,1%	60	12,8%	19	4,1%	0	0,0%	0	0,0%
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES																									
INTÉGRATION AU TRAVAIL																									
Amputés		4	0,8%																						
Neurologie		215	42,3%																						
Orthopédie		289	56,9%																						
TOTAL	539	508	100,0%	149	29,3%	359	70,7%	1	0,2%	19	3,7%	133	26,2%	176	34,6%	134	26,4%	45	8,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION																									
A) CLINIQUES EXTERNES																									
Amputés		4	0,4%																						
Neurologie		863	90,9%																						
Orthopédie		82	8,6%																						
TOTAL	1088	949	100,0%	446	47,0%	503	53,0%	1	0,1%	103	10,9%	220	23,2%	287	30,2%	209	22,0%	91	9,6%	35	3,7%	3	0,3%	0	0,0%
B) RÉPIT DÉPANNAGE																									
Amputés		2	1,4%																						
Neurologie		114	78,6%																						
Orthopédie		29	20,0%																						
TOTAL	188	145	100,0%	53	36,6%	92	63,4%	0	0,0%	21	14,5%	34	23,4%	49	33,8%	30	20,7%	9	6,2%	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
C) PROGRAMME RÉSIDENTIEL ALTERNATIF																									
Amputés		0	0,0%																						
Neurologie		65	100,0%																						
Orthopédie		0	0,0%																						
TOTAL	66	65	100,0%	19	29,2%	46	70,8%	0	0,0%	3	4,6%	24	36,9%	24	36,9%	11	16,9%	2	3,1%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
D) SUPPLÉMENT AU LOYER																									
Amputés		15	3,4%																						
Neurologie		402	90,3%																						
Orthopédie		28	6,3%																						
TOTAL	445	445	100,0%	221	49,7%	224	50,3%	38	8,5%	24	5,4%	92	20,7%	115	25,8%	109	24,5%	52	11,7%	13	2,9%	2	0,4%	0	0,0%

% V = POURCENTAGE À LA VERTICALE
% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU
Tableau 3

	RÉGION DE PROVENANCE								RÉSIDENCE	
	Montréal Centre 06		Montréal 16		Laval, 13 Laurentides, 14 Lanaudière, 15		Autres régions		Milieu naturel	
	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	%
	PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES									
Amputés	7	70,0%	1	10,0%	2	20,0%	0	0,0%	8	80,0%
Neurologie	265	64,0%	90	21,7%	49	11,8%	10	2,4%	366	88,4%
Orthopédie	36	83,7%	3	7,0%	4	9,3%	0	0,0%	43	100,0%
Total	308	66,0%	94	20,1%	55	11,8%	10	2,1%	417	89,3%
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENÉTES										
Intégration au travail	302	59,4%	99	19,5%	88	17,3%	19	3,7%	P/D	
PROGRAMMES MULTICLIENÉTES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION										
a) Cliniques externes	722	76,1%	104	11,0%	104	11,0%	13	1,4%	P/D	
b) Répît dépannage	72	49,7%	25	17,2%	20	13,8%	28	19,3%	84,1%	
c) Programme résidentiel alternatif	63	96,9%	0	0,0%	2	3,1%	0	0,0%	P/D	
d) Supplément au loyer	359	80,7%	48	10,8%	37	8,3%	1	0,2%	P/D	

% H= POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Tableau 4

TERRITOIRES DE RÉSIDENCE																															
SOUS-RÉGIONS																															
C L S C	SACRÉ-COEUR				SAINT-LUC				MAISONNEUVE-ROSEMONT					STE-JUSTINE		GÉN. DE MTL			LAKESHORE			VERDUN		MTL-CENTRE							
	AHUNTIC	BORD.-CART.	MTL-NORD	ST-LAURENT	ST-MICHEL	FAUBOURGS	P. PATRIE	PLATEAU	PARC EXT.	VILLERAY	HOCH.-MAIS.	J.-O. ROUSSIN	M.-E./ANJOU	O.-GUIMOND	R.-D.-P	ST-LÉONARD	ROSEMONT	C-D-N	RENÉ-CASSIN	ST-HENRI	ST-LOUIS-PARC	MÉTRO	N-D-G		LAC ST-LOUIS	VEUX LA CHINE	PIERREFONDS	LASALLE	CL.C.P.S.C.	VERDUN	
	TOTAL				% H	TOTAL				% H	TOTAL				% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																															
Amputés	3				42,9%	1				14,3%		2		28,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			0	0,0%	1	14,3%			7
Neurologie	54				20,5%	64				24,2%		97		36,7%	10	3,8%	19	7,2%	9	3,4%	11	4,2%			9	3,4%	11	4,2%			264
Orthopédie	8				22,2%	7				19,4%		15		41,7%	0	0,0%	3	8,3%	1	2,8%	2	5,6%			1	2,8%	2	5,6%			36
TOTAL	65				21,2%	72				23,5%		114		37,1%	10	3,3%	22	7,2%	10	3,3%	14	4,6%			10	3,3%	14	4,6%			307
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES																															
Intégration au travail	65				21,5%	68				22,5%		122		40,4%	10	3,3%	10	3,3%	6	2,0%	21	7,0%			6	2,0%	21	7,0%			302
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION																															
a) Clinique externe	171				23,7%	190				26,3%		260		36,0%	26	3,6%	36	5,0%	14	1,9%	25	3,5%			14	1,9%	25	3,5%			722
b) Répit dépannage	27				38,0%	20				28,2%		20		28,2%	0	0,0%	1	1,4%	2	2,8%	1	1,4%			2	2,8%	1	1,4%			71
c) Programme résidentiel alternatif																															
n/a																															
d) Supplément au loyer	58				16,2%	128				35,7%		117		32,6%	8	2,2%	28	7,8%	10	2,8%	10	2,8%			10	2,8%	10	2,8%			359

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Tableau 5

SOURCES DE RÉFÉRENCE																									
												COMMUNAUTÉ													
CH (GLOBAL)		CHR		CR LB		CLSC		OSBL		USAGERS ET PROCHES		CLINIQUES PRIVÉES		CSST		SAAQ		ASS. PRIVÉES		AUTRES		NSP		TOTAL	
Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H		
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																									
Amputés	4	40,0%	1	10,0%	1	10,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	10,0%	10
Neurologie	99	23,9%	113	27,3%	12	2,9%	17	4,1%	5	1,2%	44	10,6%	17	4,1%	15	3,6%	48	11,6%	0	0,0%	16	3,9%	28	6,8%	414
Orthopédie	7	16,3%	0	0,0%	0	0,0%	7	16,3%	7	16,3%	9	20,9%	9	20,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%	2	4,7%	43
Total	110	23,6%	114	24,4%	13	2,8%	25	5,4%	12	2,6%	54	11,6%	26	5,6%	15	3,2%	48	10,3%	0	0,0%	19	4,1%	31	6,6%	467
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES																									
Intégration au travail	23	4,5%	25	4,9%	10	2,0%	6	1,2%	4	0,8%	41	8,1%	8	1,6%	221	43,5%	45	8,9%	0	0,0%	71	14,0%	54	10,6%	508
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION																									
a) Clinique externe	136	14,3%	61	6,4%	32	3,4%	93	9,8%	16	1,7%	152	16,0%	66	7,0%	10	1,1%	7	0,7%	0	0,0%	41	4,3%	335	35,3%	949
b) Répit dépannage	22	15,2%	17	11,7%	0	0,0%	8	5,5%	4	2,8%	26	17,9%	4	2,8%	24	16,6%	6	4,1%	0	0,0%	2	1,4%	32	22,1%	145
c) Programme résidentiel alternatif	1	1,5%	2	3,1%	3	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	6,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	54	83,1%	65
d) Supplément au foyer	24	5,4%	16	3,6%	16	3,6%	38	8,5%	5	1,1%	66	14,8%	8	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	20	4,5%	252	56,6%	445

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Tableau 6

MOYENNES		HEURES PRESTATION DE SERVICES (HPS) TOUS SERVICES CLINIQUES CONFONDUS	
	Clientèle inscrite heures	Clientèle admise heures	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLE			
Amputés	48, 5	113,3	
Neurologie	284,2	331,0	
Orthopédie	25,8	n/a	
Total	230,2	307,5	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIEN TÉLES			
Intégration au travail			
1) régulier	34,1	----	
2) autofinancé	74,2	-----	
PROGRAMMES MULTICLIEN TÉLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION			
a) Cliniques externes	14,5	----	
b) Répit dépannage	-----	----	
c) Programme résidentiel alternatif	-----	-----	
d) Supplément au loyer	-----	-----	
Les HPS ont été calculées à partir des usagers qui ont terminé leur réadaptation au cours de l'année 1996-1997 en distinguant les usagers admis et les usagers inscrits. Ces clients ont pu commencer le programme en 1996-1997, 1995-1996 ou même avant. Le CRLB a alloué, au prorata des participants, les HPS des activités de groupe. Notons que la compilation des HPS, au CRLB, se fait aux 15 minutes.			

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Tableau 7

	Clientèle inscrite Durée moyenne d'intervention JOURS/MOIS	Clientèle admise Durée moyenne séjour JOURS/MOIS/	Taux de roulement
PROGRAMME DE RÉADAPTATION CLIENTÈLE			
Amputés	169,3 jours (5,6 mois)	53,3 jours (1,8 mois)	58,3
Neurologie	476,1 jours (15,9 mois)	259,3 jours (8,5 mois)	40,1
Orthopédie	100,2 jours (3,3 mois)	n/a	86,0
Total	398,9 jours (13,3 mois)	237,0 jours (7,8 mois)	44,8
PROGRAMME DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES			
Intégration au travail 1) régulier 2) autofinancé	----- -----	----- -----	35,2 75,9
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION			
a) Cliniques externes	-----		27,4
b) Répît dépannage	-----	40,6 jours	92,6
c) Programme résidentiel alternatif	-----	-----	7,6
d) Supplément au loyer	-----	-----	9,7
Durée moyenne de séjour :	calculée à partir de la date d'inscription et de départ des usagers : tient compte des jours présences;		
Durée moyenne d'intervention :	calculée à partir de la date d'inscription et de départ des usagers d'un programme : ne tient pas compte des jours présence;		
Taux de roulement :	nombre total départs/nombre total d'usagers.		

CHAPITRE 4

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre sur l'accessibilité aux services nous abordons dans l'ordre la définition des listes d'attente et la gestion de celles-ci. Nous dégageons par la suite le portrait de la clientèle en attente au 1^{er} mars 1998. En fin de chapitre le lecteur pourra consulter un résumé des faits saillants.

1. DÉFINITION DES LISTES D'ATTENTE

Au CRLB, sont inscrits en liste d'attente des usagers formulant une nouvelle demande de services ainsi que des usagers recevant déjà des services. En effet, il peut arriver qu'une personne recevant des services soit mise en attente pour un autre programme. À titre d'exemple, un usager inscrit dans un programme de réadaptation ciblant des clientèles spécifiques peut être mis en attente pour un programme de soutien à l'intégration (ex. : supplément au loyer).

L'analyse des listes d'attente du CRLB révèle qu'une minorité d'usagers (58) sont d'ores et déjà desservis par le Centre. Près de 70 % de ces usagers reçoivent des services d'intégration professionnelle ou des services de soutien à l'intégration sociale (répit-dépannage, supplément au loyer, cliniques externes, évaluation de la conduite automobile) et attendent pour un service complémentaire parmi ces derniers. Les 30 % restant reçoivent des services de réadaptation visant des clientèles cibles et attendent pour le programme d'intégration professionnelle, le supplément au loyer ou les cliniques externes.

Enfin, mentionnons qu'une personne ne recevant pas de service du CRLB peut être en liste d'attente pour deux programmes. Il s'agit, règle générale, d'un programme de réadaptation visant des clientèles cibles et d'un programme de soutien à l'intégration professionnelle ou d'intégration sociale. Le CRLB considère ces programmes comme complémentaires. Le Centre estime toutefois que le phénomène est marginal.

2. GESTION DES LISTES D'ATTENTE

Au CRLB les listes d'attente sont décentralisées dans chacun des programmes. Regardons le processus de mise en attente.

PROCESSUS D'INSCRIPTION EN LISTE D'ATTENTE

Au moment d'une demande téléphonique ou à la réception d'une demande écrite. Dans un délai d'environ une semaine, l'entrevue de préadmission est réalisée. Lorsque toutes les informations pertinentes sont portées au dossier, la présentation de la demande est faite au comité d'admissibilité. Ce comité confirme

l'admissibilité de l'usager; celui-ci est alors inscrit en liste d'attente.

Si la personne n'est pas disponible au moment où les services lui sont offerts, elle est maintenue en attente pendant deux mois environ. C'est seulement passé ce délai que son dossier pourra être fermé.

Il n'y a pas de processus systématique de révision des demandes en attente. On vérifie la disponibilité des usagers en attente s'il y a engorgement et que la situation devient problématique.

Pour terminer, mentionnons qu'entre le Centre Lucie-Bruneau et le Centre Constance-Lethbridge il n'existe pas de mécanisme de vérification en rapport avec des dédoublements possibles sur les listes d'attente.

PRIORITÉS

Les priorités d'accès aux services pour la clientèle en attente sont spécifiques à chacun des programmes. Ils peuvent s'appliquer à deux moments. Premièrement, lors du traitement de la demande d'admission ou d'inscription à un programme afin d'accélérer la prise en charge (souvent immédiate lorsque priorisée). Deuxièmement, lorsque la personne est sur la liste d'attente. À noter, dans tous les programmes, si les conseillers à l'admission estiment qu'il y a une situation d'urgence sociale, de détresse, la personne fera l'objet d'une priorisation particulière.

Le lecteur peut consulter le tableau qui suit pour prendre connaissance des critères spécifiques à chaque programme. Par la suite, nous décrirons la clientèle en attente.

Tableau 8 : Priorités

Programme	Critères de priorisation
Patho. du système locomoteur clientèle: blessés médullaires	✓ Référence par l'IRM ✓ Agent payeur
Patho. neurologiques ou neuromusculaires évolutives	✓ SLA
DMC	✓ Référence par l'HME
Programme intégration communauté (TCC)	✓ Agent payeur
Programme intégration au travail	✓ Personne ayant encore un lien d'emploi ✓ Personne ayant un lien d'emploi mais dont l'assurance salaire va se terminer bientôt ✓ Personne qui nécessite une adaptation du poste de travail pour conserver son emploi ✓ Personne pour qui l'obtention d'un emploi est conditionnel à notre intervention ✓ Personne qui doit aller travailler afin d'assurer un revenu minimum adéquat
Programme intégration au travail autofinancé	✓ Agent payeur
Programme évaluation conduite auto.	✓ Agent payeur ✓ Actifs au CRLB ✓ Personne qui doit utiliser son automobile pour son travail
Services externes spécialisés	✓ Niveau de besoin par discipline
Répit-dépannage	✓ Crise psychosociale nécessitant un retrait temporaire du milieu social ✓ Sinistre qui empêche l'usager de demeurer chez lui
Supplément au loyer	✓ Utilisation d'un fauteuil roulant (vs mobilité réduite) ✓ Urgence sociale ✓ Désinstitutionnalisation ✓ Personne hors région dont le déménagement permettrait l'accès à des activités scolaires ou professionnelles ✓ Critères SHQ (grille de pondération)

NB: Les critères ne sont pas présentés par ordre d'importance.

3. LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

3.1 MISE EN SITUATION

Nous avons traité la base de données transmise par le CRLB de la façon suivante.

POPULATION EN ATTENTE ET POPULATION À L'ÉTUDE

La base de données reçue du CRLB identifiait un total de 322 usagers en attente de services. Ils se répartissaient ainsi :

- ✱ usagers en processus d'admission/inscription : 16
- ✱ usagers en attente pour le programme d'accès aux technologies informatiques : 39
- ✱ usagers en attente d'autres programmes : 267

L'analyse des listes d'attente exclut la clientèle en processus d'admission/inscription puisque la décision quant à son éligibilité et son orientation dans les programmes n'est pas complétée.

De plus, nous traitons, à l'annexe A, les données recueillies sur la clientèle en attente pour le programme d'accès aux technologies informatiques.

Dans le cadre de ce chapitre, nous analyserons donc les données relatives à une population de 267 usagers en attente.

NOMENCLATURE DES PROGRAMMES

Compte tenu du grand nombre de programmes différents offerts au CRLB et du peu d'utilisateurs en attente dans certains de ces programmes, après consultation de l'établissement, nous en avons catégorisé quelques-uns. Le tableau qui suit établit la correspondance entre le nom des programmes que nous utilisons dans ce chapitre et les programmes tels que nommés dans la structure organisationnelle du Centre.

Tableau 9 : Catégorisation de certains programmes

Catégories et programmes	Programmes tels que nommés au CRLB
Neurologie	Programme pour personnes atteintes de DMC Programme pour personnes présentant une pathologie du système locomoteur (excluant les personnes amputées et personnes souffrant de fibromyalgie) Programme pour personnes présentant une pathologie neurologique ou neuromusculaire évolutive
Orthopédie	Programme pour personnes souffrant de fibromyalgie
Amputé	Programme pour personnes présentant une pathologie du système locomoteur
Intégration dans la communauté: TCC/SAAQ	IDEM
Intégration au travail	Programme d'intégration au travail Programme d'intégration au travail autofinancés
Cliniques externes	IDEM
Répit-dépannage	IDEM
Supplément au loyer	IDEM
Évaluation conduite automobile	IDEM

3.2 RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE SELON LES PROGRAMMES ATTENDUS

Au 1^{er} mars 1998, un total de 267 usagers à l'étude étaient en attente de services au CRLB. Le tableau qui suit présente dans un ordre décroissant la fréquence de la clientèle en attente. On constate que :

- ⊗ la pression de la demande se fait surtout sentir au niveau de deux programmes :
 - ⇒ le programme de supplément au loyer que le CRLB administre pour le compte de la Société d'habitation du Québec. Ce programme regroupe 47,9 % (128/267) de la clientèle en attente;
 - ⇒ 20,2 % (54/267) des usagers attendent pour un suivi en cliniques externes spécialisées.
- ⊗ À l'autre extrême, il y a peu d'usagers en attente pour le répit-dépannage (1), le programme pour personnes amputées (1), le programme d'intégration dans la communauté TCC/SAAQ (2) et l'évaluation de la conduite automobile (2).

Tableau 10 : Programmes attendus

PROGRAMMES ATTENDUS	USAGERS EN ATTENTE	
	NOMBRE	%
Supplément au loyer	128	47,9 %
Cliniques externes spécialisées	54	20,2 %
Intégration au travail	38	14,2 %
Neurologie	30	11,2 %
Orthopédie	11	4,1 %
Évaluation de la conduite automobile	2	0,7 %
Intégration dans la communauté (TCC/SAAQ)	2	0,7 %
Amputé	1	0,4 %
Répit-dépannage	1	0,4 %
Total	267	100 %

3.3 PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

Tous programmes confondus :

- ⊗ 72,7 % (194/267) des usagers ont un problème neurologique, 16,9 % (45/267) vivent avec une problématique orthopédique; 3 % (8/267) sont des personnes amputées.
- ⊗ 52 % des usagers en attente sont des femmes et 48 % des hommes;

Fait à remarquer :

- ⇒ en intégration au travail les hommes sont largement majoritaires (68 %) alors qu'en orthopédie ce sont essentiellement des femmes (10/11) qui attendent.
- ⊗ 83,4 % (223/267) des usagers ont entre 25 et 64 ans. Peu de personnes âgées (4/267) et de jeunes de moins de 24 ans (15 %; 40/267) sont en attente.
- ⊗ 72 % des usagers en attente proviennent de la région de Montréal-Centre et 26 % des régions limitrophes (Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière).
- ⊗ 91,4 % (244/267) des usagers en attente résident à domicile.

3.4 PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

Si 16,2 % (43/266) des usagers en attente sont référés par des centres hospitaliers toutes catégories confondues, 75,6 % (201/266) sont référés par des organismes de la communauté (cabinets privés de médecins, CR, CLSC, SAAQ, usagers ou ses proches).

Faits à remarquer :

- ⇒ parmi les références issues de la communauté, 46,3 % (93/201) proviennent des usagers mêmes ou de leurs proches et 28,9 % (58/201) proviennent de l'interne (clientèle orientée par le CRLB même).
- ⇒ C'est surtout pour le programme de supplément au loyer et les cliniques externes que les usagers demandent eux-mêmes des services et que le CRLB oriente lui-même sa clientèle.

Apprécions maintenant le temps d'attente de la clientèle dans les divers programmes.

3.5 LE TEMPS MOYEN D'ATTENTE

Avant d'aborder le temps d'attente pour accéder aux programmes du CRLB, il importe de préciser ce que recouvre cette notion. Le délai d'attente dont il est question ici correspond au temps écoulé depuis la date d'inscription de la personne sur la liste d'attente du CRLB jusqu'au 1^{er} mars 1998¹⁰.

Tous programmes confondus, le temps moyen d'attente des usagers du CRLB est de **9,2 mois**. Par ailleurs, si on retire du calcul le temps d'attente pour le programme de supplément au loyer, programme pour lequel le CRLB ne peut contrôler le financement, ni le développement, le temps moyen d'attente serait de **4 mois**. Le tableau qui suit illustre le temps moyen d'attente par programmes. On constate :

- ⊗ les programmes pour lesquels les temps moyens d'attente sont les plus élevés sont par ordre décroissant :

¹⁰ Notons que le Centre Lucie-Bruneau estime habituellement le temps d'attente de sa clientèle suite à la décision d'admissibilité prise en comité d'inscrire un usager en liste d'attente. Aux fins d'uniformiser notre description entre les établissements à l'étude, notamment le Centre Constance-Lethbridge, nous estimons le temps d'attente à partir de la date de la demande.

- ⇒ le **supplément au loyer** où 128 personnes attendent en moyenne depuis **14,9 mois**.
- ⇒ En **orthopédie**, le temps moyen d'attente est de **10,4 mois**. C'est un programme pour lequel les 11 personnes en attente souffrent de fibromyalgie. Nous avons calculé le temps moyen d'attente pour cette clientèle à partir de la date de formulation de sa demande de services. Par ailleurs, les sessions de groupe destinées à cette clientèle commencent à période prédéterminée. C'est ainsi que le temps moyen d'attente se révèle élevé.
- ⇒ 1 personne **amputée** attend un programme de réadaptation axée sur l'intégration sociale depuis **6,6 mois**.
- ⇒ La clientèle (54 usagers) nécessitant un suivi en **cliniques externes spécialisées** attend depuis en moyenne **5,2 mois**.
- ⇒ En **neurologie**, 30 usagers attendent depuis en moyenne **2,7 mois**. Notons que parmi les programmes de réadaptation ciblant des clientèles spécifiques, c'est en neurologie que la pression de la demande se fait le plus sentir.
- ⇒ Enfin, 38 usagers attendent pour des services **d'intégration au travail** depuis en moyenne **2 mois**.

⊛ Les programmes pour lesquels les temps moyens d'attente sont les moins élevés sont :

- ⇒ le **répit-dépannage** (1 usager attend depuis 5 jours) et **l'évaluation de la conduite automobile** (2 usagers attendent depuis 4 jours). Il peut s'agir ici d'inscriptions faites peu avant la cueillette d'information;
- ⇒ enfin, le programme **d'intégration dans la communauté TCC/SAAQ** pour lequel 2 usagers attendent depuis **1,2 mois**.

Tableau 11 : Temps moyen d'attente par programmes attendus

PROGRAMMES ATTENDUS	TEMPS MOYEN D'ATTENTE EN MOIS
Supplément au loyer	14,9
Orthopédie	10,4
Amputés	6,6
Cliniques externes spécialisées	5,2
Neurologie	2,7
Intégration au travail	2,0
Intégration dans la communauté TCC/SAAQ	1,2
Répit-dépannage	0,2 (5 jours)
Évaluation conduite automobile	0,2 (4 jours)
Total	9,2

3.6 RÉPARTITION DU VOLUME D'USAGERS EN ATTENTE SELON LES MOIS D'ATTENTE

Si l'on répartit le volume d'usagers en attente selon 4 catégories, à savoir : les usagers qui attendent depuis a) 1 mois et moins, b) entre 2 à 6 mois, c) entre 7 à 12 mois, d) 13 mois et plus, on constate, tous programmes confondus, que :

- ✱ 19 % (52/267) des usagers attendent depuis 1 mois et moins;
- ✱ 38 % (101/267) des usagers attendent depuis 2 à 6 mois;
- ✱ 24 % (64/267) des usagers attendent depuis 7 à 12 mois;
- ✱ et 19 % (50/267) des usagers attendent depuis 13 mois et plus.

Faits à noter :

⇒ c'est presque essentiellement au niveau du programme de supplément au loyer que l'on retrouve les usagers en attente depuis 13 mois et plus (44/50).

⇒ Les 6 autres usagers sont en attente pour les cliniques externes (4/54) et le programme orthopédie (2/11).

Sans prendre en compte la clientèle qui attend un supplément au loyer, la fréquence selon les mois d'attente change significativement :

- ✱ 32 % (45/139) des usagers attendent depuis 1 mois et moins;
- ✱ 47 % (65/139) des usagers attendent depuis 2 à 6 mois;
- ✱ 16 % (23/139) des usagers attendent depuis 7 à 12 mois;
- ✱ et 4 % (6/139) des usagers attendent depuis 13 mois et plus.

Le lecteur peut prendre connaissance du résumé qui suit avant d'aborder la conclusion.

EN RÉSUMÉ

Sont inscrits en liste d'attente les usagers formulant une nouvelle demande de services ainsi que des usagers recevant déjà des services. Toutefois, l'analyse des listes d'attente révèle qu'un faible nombre d'usagers (58) sont d'ores et déjà desservis par le Centre. Mentionnons qu'une personne peut être en liste d'attente pour deux programmes ce qui serait par ailleurs marginal. Retenons aussi que les listes d'attente sont décentralisées par programmes.

Suite à la réception d'une demande, une entrevue de préadmission est réalisée (délai une semaine). Si la personne est éligible, elle est inscrite en liste d'attente. Un usager non disponible au moment où les services lui sont offerts est maintenu en attente pendant deux mois; passé ce délai, le dossier pourra être fermé.

Il n'existe pas de mécanisme de vérification des listes d'attente avec le Centre Constance-Lethbridge.

Les priorités d'accès sont spécifiques à chacun des programmes. Ces priorités peuvent s'appliquer afin d'accélérer la prise en charge ou

lorsque la personne est sur la liste d'attente. Si à l'admission il y a une situation d'urgence sociale, de détresse, la personne fera l'objet d'une priorisation particulière.

La base de données identifie, au 1^{er} mars 1998, 322 usagers en attente : 16 en processus d'admission, 39 en attente pour le programme d'accès aux technologies informatiques et 267 en attente d'autres programmes.

Parmi les 267 usagers en attente d'autres programmes, la pression se fait surtout sentir pour le programme de supplément au loyer (47,9 %, n=128) et les cliniques externes spécialisées (20,2 %, n=54). Tous programmes confondus, 72,7 % (n=194) des usagers en attente ont un diagnostic neurologique, 16,9 % (n=45) une problématique orthopédique et 3 % (n=8) sont des personnes amputées. 72 % des personnes en attente proviennent de la région de Montréal-Centre. Notons que peu de personnes référées par les centres hospitaliers sont en attente (16,2 %, n=43).

Le temps moyen d'attente est de 9,2 mois. Toutefois si l'on exclut le programme de supplément au loyer, l'attente moyenne est de 4 mois. Sans prendre en compte le programme de supplément au loyer mentionnons que 79 % des usagers attendent depuis 6 mois et moins.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Tel que mentionné, il n'existe pas de mécanisme de vérification des listes d'attente avec le Centre Constance-Lethbridge.
2. Les listes d'attente sont décentralisées par programmes. Un même individu peut être en liste d'attente pour plus d'un programme, ce qui serait toutefois marginal.
3. Les priorités d'accès sont spécifiques à chacun des programmes. La notion d'urgence est prise en compte dès l'évaluation de l'admissibilité d'un usager.
4. Pour l'analyse de programmes menée dans le cadre de ce dossier, nous recensons 267 usagers en attente.
5. Les points où il y a le plus d'attente sont le programme de supplément au loyer (47,9 %, n=128) et les cliniques externes spécialisées (20,2 %, n=54).
6. Le profil de la clientèle en attente pour tous programmes confondus est le suivant : 72,7 %, (n=194) des usagers ont un profil neurologique, 16,9 % (n=45) ont une problématique orthopédique et 3 % (n=8) sont des personnes amputées.
7. 79 % des usagers attendent depuis 6 mois et moins si l'on ne prend pas en compte le programme de supplément au loyer.
8. Le temps moyen d'attente est de 4 mois si l'on exclut le programme de supplément au loyer.

CONCLUSION

Pour conclure nous rappelons les principaux éléments qui caractérisent le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

MISSION

Le Centre Lucie-Bruneau est un centre de réadaptation dont la mission est d'offrir des services d'adaptation, réadaptation et d'intégration sociale à des adultes vivant avec une déficience motrice. Il se distingue par sa spécialisation en neurologie. L'établissement cible une clientèle dont les incapacités sont significatives et persistantes.

CHANGEMENTS

Aucun changement structurel majeur n'est planifié au CRLB bien que la configuration de certains programmes pourrait évoluer. Par ailleurs, le Centre entend davantage desservir les usagers sur une base externe afin de favoriser le processus de réadaptation dans les différents contextes de vie de la clientèle.

ARTICULATION

Le Centre Lucie-Bruneau a développé des corridors de services privilégiés ou formels avec des centres hospitaliers de courte durée et des centres hospitaliers de réadaptation. Ces corridors concernent des clientèles spécifiques, notamment les blessés médullaires, les personnes victimes de traumatismes crâniens-cérébraux et d'accidents vasculaires cérébraux, les jeunes atteints d'un déficit moteur cérébral qui arrivent à l'âge adulte. Avec l'IRM des discussions se poursuivent pour élargir la complémentarité de services à plusieurs clientèles. Avec les CLSC, un protocole formel d'articulation est en voie d'être signé puis généralisé. À noter que le découpage territorial avec Constance-Lethbridge est questionné au profit d'un arrimage par programmes garantissant un même panier de services régional.

PROGRAMMES ET MODALITÉS DE PRESTATION DE SERVICES

En 1996-97, la programmation de services du Centre comprend :

- ♦ sept grands programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles : *pathologies du système locomoteur, pathologies neurologiques ou neuromusculaires évolutives, programme pour personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique, encéphalopathies, traumatisés crâniens-cérébraux avec troubles graves du comportement, déficits moteurs cérébraux et intégration dans la communauté (TCC/SAAQ);*
- ♦ deux programmes multIClientèles de réadaptation : *intégration au travail et intégration au travail autofinancée;*
- ♦ enfin, on distingue cinq programmes de soutien à l'intégration : *les services externes spécialisés, le répit-dépannage, le programme résidentiel alternatif, le supplément au loyer et l'aide matérielle.*

Le Centre se particularise par son offre de services d'intégration au travail offert à la « carte » dans le cadre de contrats de services avec des agents payeurs (SAAQ, CSST) et la gestion du supplément au loyer pour le compte de la Société d'habitation du Québec.

Les services des programmes clientèles sont offerts à l'interne, à l'externe, au domicile et dans les milieux de vie des usagers. La durée cible de l'internat est de six à douze mois. Les services multiclientèles et les services en soutien à l'intégration sont plutôt offerts en externe.

OBJECTIFS POURSUIVIS ET SERVICES OFFERTS

Tous programmes confondus et globalement, les objectifs poursuivis visent le développement de l'autonomie fonctionnelle, personnelle, sociorésidentielle et professionnelle de l'usager.

Les services et activités offerts comprennent : l'évaluation, les services cliniques de récupération et de développement des capacités et d'acquisition d'habiletés compensatoires; les services d'évaluation, d'attribution et d'entraînement à l'utilisation des aides techniques et technologiques; les services d'adaptation du domicile et d'accompagnement favorisant l'intégration sociorésidentielle; les services de soutien à la personne et à ses proches; les services de consultation/conseil aux intervenants de la communauté; l'évaluation et le développement des capacités de travail et d'entraînement aux habitudes de travail; des services résidentiels alternatifs et des services de répit-dépannage.

CLIENTÈLES DESSERVIES

Globalement, et de façon générale, dans l'ensemble des programmes on retrouve une majorité d'usagers :

- ♦ de sexe masculin;
- ♦ âgés entre 25 et 54 ans;
- ♦ présentant un diagnostic neurologique;
- ♦ provenant de la région de Montréal-Centre dans des proportions variant d'un programme à l'autre mais se situant généralement entre 60 et 70 %;
- ♦ concentrés dans les sous-régions de Saint-Luc, Sacré-Coeur et Maisonneuve-Rosemont;
- ♦ référés par des centres hospitaliers toutes catégories confondues et notamment l'IRM au niveau des programmes de réadaptation ciblant des clientèles. Inversement, les principaux référents pour les programmes d'intégration au travail et de soutien à l'intégration sont des organismes de la communauté, notamment la SAAQ et la CSST ainsi que les usagers mêmes.

Au niveau de l'intensité de la prestation des services on remarque que :

- ♦ les taux de roulement de la clientèle dans les divers programmes sont extrêmement variables :
 - ⇒ pour les programmes visant des clientèles cibles, les taux de roulement varient de 40% (neurologie) à 86% (orthopédie);
 - ⇒ en intégration au travail, les taux de roulement varient de 35,2% (programme régulier) à 75,9% (programme autofinancé);
 - ⇒ en soutien à l'intégration sociale, seul le programme de répit-dépannage a un taux de roulement élevé (92,6%). Les autres programmes ont des taux de roulement très faibles.
- ♦ Dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles, la moyenne des heures de prestation des services pour la clientèle inscrite varie considérablement passant de 25,8 h en orthopédie à 248,2 h en neurologie. Il faut voir que ces heures de prestation de services s'échelonnent sur 15,9 mois en neurologie et 3,3 mois en orthopédie. La contribution des éducateurs relève les heures moyennes de services par usager.

- ♦ Pour la clientèle admise, on remarque une moyenne d'heures de prestation de services supérieure (331 h en neurologie vs 113 h pour les personnes amputées). La durée moyenne de séjour est de 8,5 mois en neurologie et 1,8 mois pour les personnes amputées.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Au CRLB les listes d'attente sont analysées régulièrement. Elles sont décentralisées et les priorités d'accès sont spécifiques à chacun des programmes. Ces priorités s'appliquent autant pour accélérer la prise en charge que pour gérer l'accessibilité aux personnes en attente. On retrouve sur les listes d'attente des usagers formulant une nouvelle demande de services ainsi qu'une minorité d'usagers (53/267) recevant déjà des services. Dans ce dernier cas, il s'agit fréquemment d'usagers inscrits ou admis dans un programme de réadaptation ciblant des clientèles qui attendent pour un programme complémentaire de soutien à l'intégration.

Au 1^{er} mars 1998, parmi la population que nous avons analysée (n=267), la pression de la demande se fait surtout sentir pour deux programmes : le supplément au loyer (n=128) et les cliniques externes spécialisées (n=54). Rappelons que le CRLB ne contrôle pas le développement du programme de supplément au loyer dont le bailleur de fonds est la Société d'habitation du Québec.

Tous programmes confondus, les 267 usagers en attente ont surtout un profil neurologique et proviennent de la région de Montréal-Centre. Peu de personnes (16%) sont référées par des centres hospitaliers.

Le temps moyen d'attente est de 9,2 mois. Toutefois, si l'on exclut le programme de supplément au loyer, l'attente moyenne est de 4 mois. Sans prendre en compte le programme de supplément au loyer, mentionnons que 79 % des usagers attendent depuis 6 mois et moins.

ANNEXES

CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

ANNEXE A

ACCÈS AUX TECHNOLOGIES INFORMATIQUES

1. LES COMPOSANTES DU PROGRAMME

Le programme d'accès aux technologies informatiques cible trois types de clientèle, à savoir les personnes requérant des interventions spécialisées ou ultraspécialisées qui :

1. rendent possible l'utilisation d'aides technologiques informatiques facilitant le maintien ou l'intégration en emploi ou la poursuite d'études (programme de formation reconnu);
2. permettent l'augmentation de l'autonomie dans leur milieu de vie par la domotique;
3. permettent la compensation des limitations à la communication.

Les services sont disponibles pour les professionnels et usagers des programmes de réadaptation du CRLB ou des organismes de la communauté. Ces services font référence à :

- ♦ l'évaluation des besoins par l'ergothérapeute;
- ♦ la visite à domicile, sur les lieux de travail ou d'études si nécessaire;
- ♦ l'essai des différents équipements aidants ciblés;
- ♦ l'entraînement aux équipements requis;
- ♦ l'expertise-conseil offerte aux intervenants.

Notons que ces services exigent une recherche constante quant à la disponibilité de nouveaux produits, au test et à l'expérimentation de ceux-ci ainsi que la recherche de financement pour leur acquisition.

2. CLIENTÈLE EN ATTENTE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

Au 1^{er} mars 1998, **39 usagers** étaient en attente de services pour ce programme.

- ✱ à l'exception de 3 personnes qui ont une problématique reliée à l'orthopédie, les usagers vivent un problème neurologique.
- ✱ 59 % des usagers en attente sont des hommes et 41 % des femmes.
- ✱ 74,3 % (29/39) des usagers sont âgés de 18 à 44 ans.
- ✱ 72 % des usagers en attente proviennent de la région de Montréal-Centre et 26 % des régions limitrophes (Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière).

PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

61,5 % (24/39) des usagers en attente sont orientés vers le programme par des professionnels du CRLB. Ceci correspond à la clientèle visée par le programme.

LE TEMPS MOYEN D'ATTENTE

Le temps moyen d'attente pour ce programme est de **11,4 mois** et une forte proportion de la clientèle attend depuis plus de 13 mois. En effet, si l'on répartit le volume d'usagers en attente selon 4 catégories, à savoir : les usagers qui attendent depuis a) 1 mois et moins, b) entre 2 à 6 mois, c) entre 7 à 12 mois, d) 13 mois et plus, on constate que :

- ✱ à peine 10 % (4/39) des usagers attendent depuis 1 mois et moins;
- ✱ dans une proportion similaire, 13 % (5/39) des usagers attendent depuis 2 à 6 mois;
- ✱ le 1/3 (13/39) des usagers attendent depuis 7 à 12 mois;
- ✱ et une large proportion d'usagers (44 %; 17/39) attendent depuis 13 mois et plus.

Le temps d'attente élevé observé pour ce programme peut sans doute s'expliquer par la nature du programme. En effet, ce programme exige une recherche quant à la disponibilité du produit adéquat, au test et à l'expérimentation qui s'ensuit et surtout, à la recherche du financement pour son acquisition.

ANNEXE B

ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

1. LES COMPOSANTES DU PROGRAMME

Le programme d'évaluation de la conduite automobile a été mis en oeuvre en 1997. Il cible toute personne ayant des incapacités physiques ou cognitives qui désire utiliser un véhicule automobile comme passager ou conducteur. La personne doit avoir un agent payeur (SAAQ, CSST, assurance privée, etc.) ou être admise/inscrite dans un programme global de réadaptation du CRLB. On veut modifier les critères d'accès au programme aux fins de les élargir.

Dans ce programme : on dépiste les personnes qui pourraient représenter un risque pour la sécurité routière; on identifie les séquelles d'ordre moteur ou cognitif pouvant avoir un impact sur la conduite automobile; on recommande les équipements spécialisés et personnalisés nécessaires comme conducteur ou passager; on effectue les apprentissages reliés à l'utilisation des équipements.

L'évaluation de la capacité de conduire une automobile ou une camionnette se fait en salle et sur la route. On achemine des recommandations au bureau des véhicules automobiles de la SAAQ.

2. LA CLIENTÈLE DESSERVIE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1997-98, 57 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 55 usagers différents desservis dans le programme d'évaluation de la conduite automobile. Selon les diagnostics répertoriés, le programme a desservi exclusivement des personnes souffrant de problématiques neurologiques.

On remarque que :

- ⊗ 70,9 % (39/55) de la clientèle desservie est de **sex masculin**.
- ⊗ Si 85,5 % de la clientèle est âgée de 18 à 64 ans, 12,8 % des usagers sont âgés de 65 ans et plus.
- ⊗ 58,2 % des usagers de ce programme proviennent de la région de Montréal-Centre, 25,5 % de la Montérégie et 12,7 % des régions de la ceinture nord de Montréal (Laval, Laurentides et Lanaudière).

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

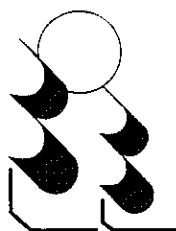
Si 45,5 % des usagers sont référés au programme par des établissements du réseau de la santé, une proportion importante d'usagers et de proches contactent le CRLB (30,9 %).

HEURES DE PRESTATION DE SERVICES (HPS)

Un usager reçoit en moyenne 6,6 heures de services dans ce programme. Ce sont essentiellement des services d'ergothérapie.

ANNEXE C

LETTRÉ DE MISE À JOUR DES PROGRAMMES



CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

Le 9 octobre 1998

Madame Pierrette Rolland, responsable
Services multiclientèles de courte durée physique
et Services d'intégration sociale aux personnes
présentant une déficience physique
Régie régionale de Montréal-Centre
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9

Madame,

Comme convenu lors de notre récente rencontre portant sur le bilan des services offerts en réadaptation axés sur l'intégration sociale, nous vous faisons parvenir la liste des principaux changements survenus depuis la fin de l'année 1996-1997. Ces changements risquent d'influencer le plan d'action qui est actuellement en conception au niveau de la Direction de la programmation de la Régie régionale.

D'abord, permettez-nous de réitérer que l'exercice que vous venez de compléter, en plus d'avoir été fait avec un grand professionnalisme, reflète fidèlement la réalité de notre établissement. Ajouté à une vision prospective, aux besoins actuellement non comblés, aux demandes des représentants de personnes handicapées et aux autres informations sur les services à développer déposés récemment à la Régie régionale dans le cadre des consultations sur le plan d'amélioration des services 1998-2001, nous sommes convaincus que le bilan constituera une pierre d'assise solide pour les décisions futures concernant la planification et l'organisation des services.

Sommairement, les changements survenus dans les derniers 18 mois, soit entre le 1^{er} avril 1997 et le 30 septembre 1998, sont les suivants :

- Le Programme d'intervention dans la communauté (PIC) destiné à la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral est maintenant ouvert à toute la clientèle TCC peu importe la cause du traumatisme et le fait d'avoir ou non un agent payeur. Ce programme est maintenant universel.

- Les deux programmes d'intégration au travail (PIT et PITA dans le bilan) ont été fusionnés en un seul, toujours dans le but d'unifier l'offre de services à la clientèle qu'ils aient ou non un agent payeur, tout en conservant, bien entendu, des contraintes liées à l'autofinancement. La dénomination est maintenant le Programme de réadaptation au travail (PRT).
- Le Programme de gestion du supplément au loyer est élargi et s'appelle maintenant le Programme d'aide résidentielle incluant, entre autres, un nouveau service d'info-logement permettant à des personnes handicapées d'avoir accès à des logements adaptés devenus disponibles.
- La transformation anticipée dans le bilan concernant la diminution du nombre de lits et l'augmentation parallèle de l'offre de services en externat se sont, dans les faits, concrétisées. Le Pavillon Maison Lucie-Bruneau ne compte maintenant plus que 44 lits au lieu de 60 et plusieurs nouvelles ressources professionnelles de réadaptation ont été ajoutées aux équipes en place. Ces ressources sont les suivantes :

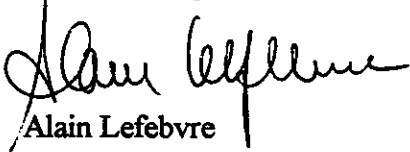
Programme	Poste	Quantum
Encéphalopathie	Psychologue	.5
Encéphalopathie	Orthophoniste	.6
Maladie neuromusculaire	Travailleur social	.5
Locomoteur	Technicien en réadaptation physique	1.0
Services externes spécialisés	Technicien en réadaptation physique	1.0
Communication	Ergothérapeute	1.0

- Le Programme d'évaluation de la conduite automobile, incluant l'évaluation des adaptations aux véhicules, a été mis en place et est maintenant totalement opérationnel. À cet effet, deux ergothérapeutes ont été formées, entre autres, aux États-Unis, plusieurs équipements spécialisés nous ont été commandités ou prêtés autant par des compagnies privées que par la SAAQ.

Comme vous pouvez le constater, nous travaillons avec conviction et vigueur à ajuster notre offre de services aux besoins de notre clientèle. Toutefois, nous sommes conscients, tout comme l'a reconnu récemment le Ministre de la santé et des services sociaux, que les personnes ayant une déficience physique ont été parmi les oubliés de la réforme et qu'il reste beaucoup à faire pour répondre adéquatement à l'ensemble des besoins. C'est pourquoi nous comptons grandement, que le bilan que vous venez de compléter de même que les autres éléments d'information connus nous permettront ensemble de planifier une organisation de services adéquate, performante et efficace.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur général,



Alain Lefebvre

AL/sm

c.c. M. Normand Lauzon, Régie régionale de Montréal-Centre

MONOGRAPHIE

*CENTRE DE RÉADAPTATION
CONSTANCE-LETHBRIDGE*

INTRODUCTION

Cette monographie du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge aborde les thématiques suivantes :

Chapitre 1 : présentation générale du CRCL.

Chapitre 2 : les programmes offerts.

Chapitre 3 : les clientèles desservies.

Chapitre 4 : l'accessibilité aux services.

En fin de chaque chapitre, le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants ainsi que les éléments organisationnels à retenir.

Nous concluons en synthétisant les composantes essentielles de l'activité du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

Le lecteur trouvera en annexe une lettre de l'établissement. Celle-ci spécifie les changements survenus à la programmation entre la date de cueillette d'information et l'édition de la présente monographie.

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CRCL

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre nous présentons brièvement le Centre Constance-Lethbridge en abordant d'abord :

1. sa mission, ses clientèles cibles et l'approche d'intervention privilégiée.
2. Nous esquissons par la suite la structure organisationnelle du Centre.
3. Nous identifions les programmes tels que nommés dans la structure organisationnelle et spécifions les programmes mis en oeuvre dans des contextes particuliers.
4. Nous nous attardons au processus d'admission de la clientèle et décrivons le cheminement des usagers à travers les programmes.
5. Enfin, nous identifions l'articulation développée avec les partenaires en amont et en aval de la réadaptation axée sur l'intégration et en soutien à l'intégration sociale. Il va sans dire que nous décrivons également l'articulation entre les centres de réadaptation pour adultes en déficience motrice de la région de Montréal-Centre et hors région.

En fin de chapitre le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants.

1. MISSION

Le CRCL est un centre de réadaptation dont la mission légale est définie aux articles 84 et 85 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2) à savoir :

« La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques... requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, ...les personnes présentant une déficience...; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En 1996-1997, le financement du CRCL était de l'ordre de 6,9 M \$ pour ses activités principales.

Le Centre offre de longue date des services spécialisés et ultraspecialisés. Il a développé et continue de maintenir une spécialisation en rhumatologie. Il est en outre impliqué dans le

domaine de l'enseignement en fournissant un milieu d'apprentissage clinique aux étudiants provenant de diverses professions. De plus, des projets de recherche appliquée, portant sur des sujets directement reliés aux problématiques des usagers ou aux services offerts, sont développés dans le secteur clinique.

CLIENTÈLES

Le Centre a développé son expertise auprès d'une clientèle dont les incapacités sont **significatives et persistantes** et également auprès d'une clientèle dont les incapacités sont « **permanentes mais non sévères** » au plan de l'atteinte à l'autonomie fonctionnelle.

Le CRCL parle d'incapacités « permanentes mais non sévères » au plan de l'atteinte à l'autonomie fonctionnelle en référant à un certain pourcentage d'usagers traités en orthopédie et en rhumatologie. Cette clientèle, souvent orientée vers le CRCL par des cabinets privés de médecins, est à risque de développer des incapacités plus sévères à défaut de traitements de réadaptation. Le CRCL estime que l'accès aux services pour cette clientèle est limité. Il y aurait des listes d'attente importantes en centre hospitalier de soins de courte durée (cliniques externes) pour ce type de services et les centres hospitaliers de réadaptation n'acceptent que les références qui proviennent des CHSCD. En 1998-99, le Centre, pour se conformer aux orientations de la Régie régionale, a resserré ses critères d'admissibilité. Toutefois, si le Centre cesse de desservir cette clientèle qui ne peut payer des services de réadaptation en privé, les usagers ne trouveront pas de réponse à leurs besoins et risqueront de développer des incapacités plus importantes. Pour le CRCL, une relève doit être assurée afin que cette clientèle reçoive les services requis et ne développe des incapacités sévères et permanentes. Des solutions s'imposent; des démarches sont effectuées par le CRCL relativement à la réorientation de cette clientèle.

APPROCHE

Le CRCL adhère à une approche globale écosystémique dont le cadre de référence est la CQCIDIH et le processus de production du handicap. Cette approche se traduit par un fonctionnement par programmes, en équipe interdisciplinaire, impliquant l'utilisateur et les personnes significatives. L'établissement est à consolider le plan d'intervention individualisé dans l'ensemble de ses programmes. Un membre de l'équipe est coordonnateur de cas.

2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le plan d'organisation du CRCL sera modifié suite à l'approbation de la nouvelle structure par le conseil d'administration. Nous décrivons la structure organisationnelle telle qu'elle se caractérisait, en février 1998, au moment de la cueillette d'information.

Outre les directions des services administratifs et des services professionnels, le plan d'organisation distingue la Direction des programmes de réadaptation. La présente étude observe spécifiquement les programmes de cette dernière direction. Il va de soi que le programme des aides techniques, sous la responsabilité de la direction des services administratifs, joue un rôle de tout instant dans l'actualisation des programmes de réadaptation. Nous décrivons leur apport. Par ailleurs, un

inventaire¹¹ exhaustif des services des aides techniques a été réalisé en 1997. Nous ne cernerons donc pas le contour de ce programme dans l'actuelle démarche.

La direction des programmes de réadaptation emprunte actuellement une structure matricielle. Bien que des équipes multidisciplinaires soient d'ores et déjà rattachées aux programmes de la Direction des programmes de réadaptation, les professionnels sont également regroupés par disciplines et supportés cliniquement par la Direction des services professionnels dans les services¹² suivants :

- ♦ éducation spécialisée
- ♦ ergothérapie
- ♦ orthophonie
- ♦ physiothérapie
- ♦ psychologie et orientation professionnelle
- ♦ service social
- ♦ soins infirmiers
- ♦ diétothérapie

Des **changements structurels majeurs** sont prévus à court terme. Au niveau de la Direction des programmes de réadaptation, des changements structurels ainsi que la programmation de nouveaux services sont prévisibles. Le Centre s'oriente vers :

- ♦ l'abandon de la structure matricielle;
- ♦ le regroupement de la clientèle en neuro-oncologie afin de favoriser le développement et de maintenir un niveau de spécialisation chez les intervenants. Le CRCL constate une pénurie de ressources dans ce secteur et la possibilité de réduction des durées de séjour en centres hospitaliers;
- ♦ le développement d'un centre polyvalent d'activités pour l'intégration sociale des personnes lourdement handicapées;
- ♦ l'ajout d'un module de travail adapté ;
- ♦ le développement de son expertise d'intégration au travail dans la préparation au travail régulier par le développement de stages et d'interventions chez les employeurs.

Au-delà des changements structurels internes, le Centre a développé une alliance stratégique avec le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth en vue d'étudier la pertinence d'une fusion avec cet établissement.

3. PROGRAMMES TELS QUE NOMMÉS PAR LE CRCL

Au plan organisationnel, les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles côtoient des programmes de réadaptation multiclientèles ainsi que des

¹¹ RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. Direction de la programmation et coordination, Secteur intégration sociale. ZICAT CÔTÉ, Marie-France. Rapport : Inventaire des services d'aides techniques, juin 1997, 76 pages.

¹² Le chef des programmes d'orthopédie, de rhumatologie et de réadaptation à domicile gère les services de physiothérapie et d'ergothérapie. Le chef des programmes de neurologie, TCC et évaluation de la conduite automobile gère les services infirmiers et d'orthophonie. Le chef des programmes centre de jour, atelier de travail R.A.R.E. et évaluation et orientation au travail gère les services de psychologie, d'orientation professionnelle, les services sociaux et d'éducation spécialisée.

programmes « en soutien à l'intégration sociale » également offerts à toutes clientèles.

Le tableau qui suit permet de visualiser les programmes tels que nommés dans la structure organisationnelle du Centre.

Tableau 1 : Programmes du CRCL (1996-97)

CRCL**
RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE PROGRAMMES POUR CLIENTÈLES CIBLES *
1. Programme de réadaptation en neurologie • sous-programme sclérose latérale amyotrophique • sous-programme Parkinson • sous-programme sclérose en plaques
2. Programme de réadaptation en traumatologie craniocérébrale (TCC)
3. Programme de réadaptation en orthopédie : • sous-programme : douleur chronique • sous-programme : suivi des personnes amputées
4. Programme de réadaptation en rhumatologie • sous-programme : fibromyalgie • sous-programme : ostéoporose, • sous-programme : ostéo-arthrose
N.B. Des services de réadaptation fonctionnelle intensive et de traitement des douleurs chroniques sont accessibles aux usagers des programmes de neurologie, d'orthopédie et de rhumatologie.
RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE* PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES
5. Programme de réadaptation à domicile
6. Programme d'évaluation et d'orientation au travail
N.B. Des services de réadaptation fonctionnelle intensive sont accessibles aux usagers du programme de réadaptation à domicile.
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE
7. Programme d'évaluation de la conduite automobile
8. Atelier de travail R.A.R.E
9. Centre de jour

* Il est important de noter que les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles ou de nature multiclientèle offrent des services de réadaptation fonctionnelle et d'intégration sociocommunautaire.

** Le programme des aides techniques (technologiques) est accessible à la clientèle de tous les programmes.

MANDATS, PROJETS PILOTES, ENTENTES PARTICULIÈRES

Certains programmes et services auront une reconnaissance ministérielle alors que d'autres ont été mis en oeuvre dans des contextes particuliers. Nous les identifions ci-après.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Au moment de la cueillette d'information, des travaux étaient en cours pour la reconnaissance, par le MSSS, de services « ultraspécialisés » également appelés « services nationaux ». On réfère ici à des programmes déjà existants du CRCL à savoir :

- ♦ programme pour personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde (niveau 4);
- ♦ traitement de maux de dos chroniques entravant le retour au travail;
- ♦ programme d'évaluation de la conduite automobile;
- ♦ services d'évaluation des capacités de travail.

Régie régionale de Montréal-Centre

Le CRCL est un établissement désigné par la Régie régionale de Montréal-Centre pour offrir des services à la population d'expression anglaise.

En 1996-1997, dans le cadre du virage ambulatoire, des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) ont été développés à titre de **projet pilote** avec les centres hospitaliers de réadaptation Catherine Booth et Julius Richardson. Ce projet expérimental, présenté en partenariat à la Régie régionale, avait reçu son aval. Il faut mentionner que le Centre hospitalier Richardson a maintenant développé ses services de réadaptation intensive en externe et le centre hospitalier Catherine Booth a choisi de continuer à orienter sa clientèle vers le CRCL.

Ententes avec la SAAQ

Le CRCL a mis en oeuvre son programme pour les traumatisés crâniens cérébraux (TCC) et les TCC légers dans le cadre d'une entente avec la SAAQ. En outre, le Centre a signé un contrat avec la SAAQ pour son programme d'évaluation de la conduite automobile.

Contrat de services avec des centres hospitaliers de courte durée

Le CRCL a un contrat de service en physiothérapie et en ergothérapie avec le Centre hospitalier Ste-Thérèse et avec le Centre hospitalier Katéri.

4. ADMISSION ET CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE

PROCESSUS D'ADMISSION

La référence d'un usager au CRCL doit être faite par un médecin ou un professionnel de la santé, à l'exception des personnes qui demandent des services pour l'évaluation de la conduite automobile. Si la personne demande elle-même un service de réadaptation, on l'oriente vers son CLSC. Ce dernier procède à une évaluation sommaire des besoins à l'aide du formulaire type « Demande d'inscription » développé par le CRCL.

Le service « accueil/archives » reçoit le formulaire et sous les directives du comité d'inscription effectue un premier filtrage quant à l'éligibilité de la clientèle. La demande est par la suite assignée :

- ♦ à un des programmes de réadaptation (orthopédie, rhumatologie, neurologie, TCC). Une évaluation par un médecin (spécialiste ou omnipraticien) est réalisée.

- ♦ Si la demande concerne les programmes d'évaluation/orientation au travail, de réadaptation à domicile, d'évaluation de la conduite automobile, l'atelier de travail R.A.R.E. ou le centre de jour, un professionnel de l'équipe multidisciplinaire (travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute ou infirmière) procède à l'évaluation.
- ♦ Si la demande concerne un client déjà connu et qui est référé pour la même problématique, elle sera directement acheminée au thérapeute ayant déjà traité le client pour un suivi. Ce dernier évaluera la demande.

Suite à cette première évaluation, une discussion en équipe multidisciplinaire relativement à l'éligibilité de l'utilisateur est réalisée. L'équipe cerne également l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Un rendez-vous est donné à l'utilisateur pour une évaluation en profondeur dans le programme concerné et par les professionnels déterminés en équipe.

Une fois inscrit dans le programme, un plan d'intervention individualisé (PII) est élaboré dans un délai d'un mois. Le Centre est en voie de consolider la formulation de PII dans tous ses programmes. On formule au besoin des PSI lorsque d'autres ressources sont impliquées. À date, c'est notamment avec des CLSC que des PSI sont élaborés pour des cas complexes.

CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE DANS LES PROGRAMMES

La clientèle inscrite dans un programme de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant une clientèle cible a accès à des programmes offerts à toutes les clientèles, indépendamment de la nature de sa déficience. Lorsque la personne atteint un niveau de développement optimal de ses capacités/habiletés et qu'elle a besoin des services des autres programmes du Centre, elle est « transférée » dans le programme requis. De façon générale, un usager participant à un programme de réadaptation ciblant une clientèle spécifique est rarement pris en charge simultanément dans un autre programme de réadaptation clientèle. Les professionnels des autres programmes de réadaptation clientèle peuvent être consultés au besoin.

Dans le cas d'un usager ne nécessitant pas un programme structuré de réadaptation mais des services spécialisés ciblés (ex. : intégration socioprofessionnelle), l'utilisateur a directement accès au programme multientèle dont il a besoin. Enfin, les usagers des programmes multientèles et de soutien à l'intégration sociale peuvent avoir accès, en tout temps, à la consultation ou à l'expertise des professionnels des programmes clientèles.

5. L'ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Compte tenu des objectifs poursuivis par l'étude, le focus sera mis sur l'articulation du CRCL avec les établissements du réseau de la santé¹³.

Précisons les articulations et modalités développées pour assurer la continuité des services à la clientèle.

¹³ Il va sans dire que le CRCL a mis de l'avant des modalités d'articulation avec de nombreux partenaires. On pense notamment aux liens développés avec des agents payeurs (CSST, SAAQ), avec les organismes sans but lucratif, des associations de bénévoles, des centres de main-d'œuvre spécialisés, etc.

*PARTENAIRES EN AMONT DE LA RÉADAPTATION AXÉE SUR
L'INTÉGRATION SOCIALE*

1. Avec *l'Hôpital Général de Montréal* un corridor préférentiel de référence pour les clientèles d'orthopédie et de neurologie a été mis de l'avant. Un projet de cheminement critique et de suivi systématique pour la clientèle en oncologie avec problèmes orthopédiques et neurologiques nécessitant de la réadaptation est en voie de discussion.

Dans l'optique de diminuer la durée de séjour, le rôle du centre hospitalier consisterait à identifier la clientèle qui a besoin de réadaptation. Il orienterait la clientèle qui a besoin de réadaptation en externe au CRCL et celle qui a besoin d'hébergement et de réadaptation en centre hospitalier de réadaptation (CHR). Le CHR commencerait la réadaptation et la poursuivrait en externe. Le CRCL composerait avec les divers besoins de la clientèle. On interviendrait en réadaptation fonctionnelle intensive lorsque le client est en phase II de récupération et nécessite de toute évidence la réadaptation en phase III, ou on interviendrait en phase III, selon les besoins de la personne. Des évaluations de la clientèle par le CRCL avant le congé de l'hôpital sont possibles. Par ailleurs, beaucoup de références sont encore signalées la veille du congé ou après le congé!

2. Avec le *Centre hospitalier Angrignon*, le CRCL travaille à élaborer le cheminement du client ayant besoin de réadaptation sous forme d'un organigramme de services. Le CRCL collabore aussi à l'élaboration d'un bottin de ressources.
3. Avec *l'Hôpital Royal Victoria et L'Institut neurologique*, on collabore pour diverses clientèles.
4. Avec le *Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth*, une entente est en cours relativement à la référence de clientèles pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe et des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale.
5. Avec le *Centre hospitalier de réadaptation Richardson*, on discute afin que la clientèle qui termine la phase II de réadaptation, mais qui a des incapacités permanentes, soit référée directement au CRCL pour compléter la phase II, si nécessaire, et offrir des services de réadaptation en phase III et des services d'intégration sociale le plus tôt possible.
6. Un comité conjoint (*CRCL, CRLB, IRM, Hôpital général de Montréal, Hôpital Sacré-Coeur et le Centre hospitalier Juif de réadaptation*) travaille à établir les arrimages inter-établissements pour assurer la continuité des services à la clientèle TCC. On explore donc des corridors de services et une continuité dans les interventions pour cette clientèle. Ce comité est à l'étape des discussions

*PARTENAIRES EN AMONT ET EN AVAL DE LA RÉADAPTATION AXÉE
SUR L'INTÉGRATION SOCIALE*

Dans le *sud-ouest de l'Île*, depuis plus d'un an, des partenaires sont rassemblés pour cerner le cheminement de la clientèle. On discute à savoir de quel établissement les clientèles cibles devraient recevoir les services requis (corridors de services). Sont donc réunis le *Centre hospitalier Angrignon, des CLSC, centres hospitaliers de soins de longue durée, bénévoles, organismes sans but lucratif et Constance-Lethbridge*.

PARTENAIRES EN AVAL DE LA RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Dans le cadre de son programme de réadaptation à domicile, le CRCL s'est arrimé avec les CLSC de son territoire pour éviter les doublages. On a recherché une complémentarité avec les CLSC : Côte-des-Neiges, Vieux La Chine, Lac St-Louis, Lasalle, Métro, NDG/Mtl-Ouest, St-Henri, St-Laurent, Verdun/Côte St-Paul et la Clinique communautaire Pointe-St-Charles. Des références se font des CLSC vers le CRCL et inversement.

On s'est entendu sur les principes suivants :

- ◇ **Physiothérapie** : si certains CLSC offrent des services de réadaptation fonctionnelle intensive (ex. : NDG/Mtl-Ouest, Côte-Des-Neiges), le CRCL ne s'implique pas dans le dossier, sauf si le CLSC fait appel à lui pour des cas complexes (ex. : S.L.A.). Toutefois, on observe une disparité entre l'offre des services de physiothérapie entre CLSC.
- ◇ **Ergothérapie** : ces services sont généralement bien développés en CLSC. Les CLSC font donc l'adaptation du domicile et le CRCL évalue les besoins en aides techniques pour les AVQ et AVD et travaille les fonctions cognitives.
- ◇ **L'intervention psychosociale** : lorsque l'usager a besoin de cheminer au niveau de l'acceptation, l'adaptation et l'ajustement à son handicap, le CRCL le dessert. Pour d'autres problématiques psychosociales, les travailleurs sociaux des CLSC interviennent.
- ◇ **Orthophonie** : les services sont offerts par le CRCL.
- ◇ **Soins infirmiers** : de façon générale, l'infirmière du CRCL intervient à domicile lors du premier contact avec l'usager et les soins infirmiers sont administrés par les CLSC. L'infirmière du CRCL est en lien avec le médecin traitant.

Les modalités d'articulation suivantes interviennent entre le CRCL et les CLSC. Les intervenants des établissements peuvent participer aux réunions des équipes multidisciplinaires de réadaptation du CRCL ou des services de maintien à domicile des CLSC. Des communications téléphoniques sont d'usage. Lorsque l'on dessert une clientèle et que l'on s'aperçoit que le CLSC est impliqué, des contacts sont immédiatement faits. Si le CLSC n'intervient pas, on lui réfère rapidement les usagers dont les besoins sont présents.

ARTICULATION AVEC LE CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE- BRUNEAU

Depuis plus d'un an des discussions sont en cours avec le Centre Lucie-Bruneau. Différents programmes sont passés en revue et des orientations possibles apparaissent sans que celles-ci ne soient sanctionnées à ce jour. On vise une meilleure complémentarité de services tout en maintenant ou améliorant le niveau de services pour répondre aux besoins de la clientèle.

Les programmes discutés sont : rhumatologie, fibromyalgie, AVC, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, TCC, intégration au travail, clientèle amputée.

Le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants avant de prendre connaissance des programmes offerts au CRCL.

EN RÉSUMÉ

Le Centre Constance-Lethbridge se distingue par sa spécialisation en rhumatologie.

Au chapitre de la **mission**, l'établissement cible une clientèle dont les incapacités sont significatives et persistantes. Par ailleurs, il dessert également une clientèle dont les incapacités sont « permanentes mais non sévères au plan de l'atteinte à l'autonomie fonctionnelle ». L'établissement fait référence, ici, à un certain nombre de personnes référées par des cabinets privés de médecins pour des problèmes d'ordre orthopédique ou rhumatologique. Dans le cas de cette dernière clientèle, le Centre a resserré ses critères d'admissibilité et a cherché des solutions pour réorienter les usagers.

La **structure organisationnelle** du Centre sera prochainement modifiée. Au-delà d'un projet de fusion avec le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth, les changements prévus toucheront notamment la Direction des programmes de réadaptation. À ce niveau, on entend entre autres : abandonner la structure matricielle, regrouper la clientèle en neuro-oncologie, développer un centre polyvalent d'activités pour l'intégration sociale des personnes lourdement handicapées, ajouter un module de travail adapté et développer l'expertise d'intégration au travail.

Les **programmes** de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles côtoient des programmes de réadaptation multiclientèles ainsi que des programmes « en soutien à l'intégration sociale » également offerts à toutes clientèles.

On retrouve actuellement quatre programmes pour clientèles cibles qui comprennent des sous-programmes. On parle des programmes de réadaptation en neurologie, en traumatologie craniocérébrale (TCC), en orthopédie et en rhumatologie. Des services de réadaptation fonctionnelle intensive et de traitement des douleurs chroniques sont accessibles aux usagers des programmes de réadaptation ciblant des clientèles.

Parmi les programmes multiclientèles on retrouve la réadaptation à domicile et l'évaluation/orientation au travail. Les programmes en soutien à l'intégration sont l'évaluation de la conduite automobile, l'atelier de travail R.A.R.E. et le Centre de Jour.

Certains programmes sont en voie d'être reconnus comme services ultraspécialisés ou nationaux par le MSSS. D'autres particularités sont à retenir cette fois-ci au plan régional. L'établissement est désigné pour offrir des services à la population d'expression anglaise. De plus, la **Régie régionale** a donné son aval, en 1996-97, à un projet expérimental de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) impliquant les centres hospitaliers Catherine Booth et Julius Richardson. Si le Centre hospitalier Richardson a depuis lors développé ses propres services de RFI sur une base externe, le CRCL poursuit son programme avec le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth. Soulignons, enfin, les ententes avec la **SAAQ** pour les traumatisés crâniens cérébraux, le programme d'évaluation de la conduite automobile et les contrats de services en physiothérapie et ergothérapie avec les centres hospitaliers Ste-Thérèse et Katéri.

Voici comment est **inscrite et chemine** la clientèle dans les programmes. La référence d'un usager doit être faite par un médecin ou un professionnel de la santé, à l'exception de l'évaluation de la conduite automobile. Une fois filtrée à l'accueil, la demande est acheminée au programme concerné qui évalue les besoins. Par la suite, un plan d'intervention est élaboré. Selon le cas, le plan peut devenir un plan de services intégrés (PSI) si d'autres partenaires sont impliqués, notamment

les CLSC. La clientèle inscrite dans un programme de réadaptation clientèle peut avoir accès à tous les programmes multIClientèles indépendamment de son diagnostic.

Au plan de l'articulation, avec *l'Hôpital Général de Montréal*, un corridor préférentiel de références pour les Clientèles d'orthopédie et neurologie a été mis de l'avant. Un projet de cheminement critique et de suivi systématique pour la clientèle en oncologie est en voie de discussion. Avec le Centre hospitalier Angrignon, le CRCL travaille à élaborer le cheminement du client ayant besoin de réadaptation sous forme d'un organigramme de services. Avec le *Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth*, une entente est en cours relativement à la référence de Clientèles pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe. Un comité conjoint (CRCL, CRLB, IRM, *Hôpital général de Montréal*, *Hôpital du Sacré-Coeur* et le *Centre hospitalier Juif de réadaptation*) travaille à établir les arrimages interétablissements pour assurer la continuité des services à la clientèle TCC.

Dans le cadre de son programme de réadaptation à domicile, le CRCL s'est arrimé avec les *CLSC de son territoire* pour éviter les doublages. Le Centre intervient de façon variable, selon l'implication des CLSC en réadaptation fonctionnelle intensive, et ce, plus particulièrement au niveau de la physiothérapie.

Depuis plus d'un an, des discussions sont en cours avec *Lucie-Bruneau*. Différents programmes sont passés en revue et des orientations possibles apparaissent sans que celles-ci ne soient sanctionnées à ce jour. On vise une meilleure complémentarité de services, tout en maintenant ou améliorant le niveau de services pour répondre aux besoins de la clientèle.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge a développé une spécialisation en rhumatologie.
2. La clientèle de l'établissement englobe à la fois des usagers dont les incapacités sont sévères et persistantes de même que des Clientèles ayant des incapacités « permanentes mais non sévères, au plan de l'autonomie fonctionnelle ».
3. L'établissement a développé une alliance stratégique avec le Centre hospitalier Catherine Booth en vue d'étudier la pertinence d'une fusion avec cet établissement.
4. Le ministère s'apprête à reconnaître certains services d'ores et déjà offerts par le CRCL à titre de services ultraspecialisés ou dits nationaux.
5. L'établissement est désigné pour offrir des services à la population d'expression anglaise.
6. La Régie régionale a donné son aval à un projet expérimental de réadaptation fonctionnelle intensive qui se poursuit avec l'un des deux centres hospitaliers impliqués à l'origine (Catherine Booth).
7. Il existe une entente avec la SAAQ, spécifiquement pour le programme des traumatisés crâniens-cérébraux. Il en est de même pour le programme d'évaluation de la conduite automobile.
8. Avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, on discute pour une meilleure complémentarité des programmes.

9. Avec le Centre hospitalier Général de Montréal un corridor privilégié de références est établi et l'on discute d'un projet d'articulation pour la clientèle en oncologie avec problèmes orthopédiques et neurologiques.
10. Dans le cadre du programme de réadaptation à domicile, des modalités d'articulation ont été discutées avec les CLSC limitrophes. Selon l'implication des CLSC en réadaptation fonctionnelle intensive et la disponibilité de leurs ressources, notamment au niveau de la physiothérapie, le CRCL intervient de façon variable.

CHAPITRE 2

LES PROGRAMMES

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre nous présentons les programmes offerts, en 1996-97, au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge en abordant d'abord :

1. les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale offerts à des clientèles cibles;
2. les programmes multiclientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale;
3. enfin, nous décrivons les programmes « en soutien à l'intégration sociale ».

Pour décrire les programmes, nous abordons dans l'ordre les thèmes suivants :

- ♦ les critères d'admission/inscription;
- ♦ les buts et objectifs poursuivis;
- ♦ les services et activités offerts;
- ♦ les modes, la durée et l'intensité des services offerts.

Précisons que la description de chacun des programmes clientèles tels que nommés par le CRCL dans sa structure organisationnelle nous aurait conduit à un exercice répétitif. Nous en dégageons plutôt les troncs communs et les distinctions. Nous colorons par ailleurs nos propos à l'aide d'exemples spécifiques pour certaines clientèles.

De plus, les usagers des programmes de réadaptation ciblant des clientèles ont accès, indépendamment qu'ils soient traités dans les programmes orthopédie, neurologie ou rhumatologie, à des services pour traiter les douleurs chroniques ainsi qu'à des services de réadaptation intensive. Suite à la description des troncs communs de ces programmes et des distinctions qui apparaissent pour certaines clientèles, nous abordons de façon spécifique les services relatifs au traitement de la douleur chronique et les services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Les programmes multiclientèles de réadaptation axée sur l'intégration et en soutien à l'intégration sont distincts les uns des autres. Nous les décrivons donc nommément.

En fin de chapitre, le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants.

1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

De façon générale, les critères d'admissibilité aux programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont les suivants :

Pour être inscrite au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, une personne :

- ♦ est âgée de 18 ans et plus;
- ♦ est référée par un professionnel de la santé et des services sociaux ou par un organisme reconnu et ne reçoit pas de services semblables en même temps dans un autre établissement;
- ♦ est considérée prioritaire et est vue sans délai lorsqu'elle est dirigée par un professionnel d'un centre hospitalier de soins de courte durée, d'un centre hospitalier de réadaptation ou d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Cette priorité s'applique aux programmes de neurologie, de TCC, d'orthopédie et de rhumatologie;
- ♦ a une incapacité motrice significative et persistante et vit ou risque de vivre des situations de handicap;
- ♦ a besoin de services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale ou professionnelle ou de soutien à l'intégration dans un contexte interdisciplinaire;
- ♦ est en mesure de recevoir les services en externe ou à domicile et participe activement à son processus de réadaptation.

DES PRÉCISIONS AUX CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DE BASE

Pour être admissible au programme d'orthopédie et de rhumatologie, la personne ne doit pas recevoir parallèlement des services de chiropraxie, d'orthothérapie, d'ostéopathie, d'acupuncture, etc.

La clientèle souffrant de fibromyalgie se voit d'abord offrir une intervention de groupe. Une session d'information sur le programme et sa philosophie est offerte préalablement à l'inscription de la clientèle dans le groupe : l'utilisateur doit y adhérer. Si une évaluation des capacités de travail est nécessaire, ce service sera offert à la fin de l'intervention de groupe.

Quels sont les buts et objectifs poursuivis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles?

1.2 BUTS ET OBJECTIFS POURSUIVIS

De façon générale, les programmes de réadaptation ciblant des clientèles ont pour buts :

- ♦ le développement de l'autonomie fonctionnelle (plan physiologique);
- ♦ le développement personnel (identité personnelle);
- ♦ le développement de l'autonomie sociorésidentielle;
- ♦ l'optimisation du fonctionnement de la personne dans son environnement immédiat et avec ses proches;
- ♦ le développement de l'autonomie sociale et professionnelle.

Pour atteindre ces buts, le CRCL crée des liens avec les ressources communautaires. En terme d'objectifs généraux on vise :

- ♦ la récupération et le développement des capacités de la personne;
- ♦ la récupération et le développement de l'autonomie optimale de la personne au plan physique, cognitif et social;
- ♦ le développement d'habiletés pour développer et réaliser les habitudes de vie;
- ♦ la récupération des capacités, la diminution des incapacités et la compensation de celles-ci, via des aides techniques;
- ♦ la prévention de la détérioration dans les cas de maladies évolutives;
- ♦ l'élimination ou la diminution des situations de handicap vécues par la personne;
- ♦ l'intégration sociale, résidentielle et professionnelle de la personne avec les limitations qu'elle connaît;
- ♦ l'adaptation de la personne à sa situation;
- ♦ l'adaptation de la famille et des proches.

Les objectifs poursuivis tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience. C'est ainsi que :

- ⇒ Dans le cas de **maladies évolutives** (ex.: sclérose en plaques, Parkinson, arthrite rhumatoïde), on poursuit les objectifs de maintenir le niveau fonctionnel de la personne, de prévenir les détériorations, de préparer la personne à s'ajuster à l'évolution de sa maladie, de faire intégrer, dans le quotidien de la personne, un programme d'exercices et de donner à la personne un suivi professionnel interdisciplinaire selon les altérations de sa condition.
- ⇒ Pour la clientèle atteinte d'une **sclérose latérale amyotrophique**, on vise à outiller la personne à faire face aux deuils successifs et rapides de ses capacités, à sauvegarder un confort physique et psychologique, à aider la personne atteinte et ses proches à composer le mieux possible avec les conséquences de la maladie et à orienter la personne atteinte et ses proches dans le réseau de la santé et des services sociaux afin qu'ils puissent obtenir les services requis appropriés à leurs conditions.
- ⇒ Pour les problématiques relatives à la **rhumatologie**, on vise particulièrement à limiter les détériorations et à rendre la personne autonome au moyen d'aides techniques dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités de la vie domestique (AVD). On vise aussi une prise en charge équilibrée, soutenue par des liens communautaires pertinents et une autogestion de la douleur par la clientèle.
- ⇒ Pour les personnes atteintes de **fibromyalgie**, on poursuit plutôt l'objectif de responsabiliser l'utilisateur à l'égard de sa maladie et de l'aider dans sa propre prise en charge en lui fournissant les outils de base nécessaires.
- ⇒ Enfin, pour la clientèle atteinte de **problèmes orthopédiques**, on vise l'atteinte d'une autonomie optimale par les interventions thérapeutiques et les aides techniques. On vise également, dans la mesure du possible, la réintégration sociale

ou professionnelle et l'établissement de liens avec les services communautaires.

Regardons dès lors les services offerts dans le cadre des programmes clientèles.

1.3 SERVICES OFFERTS

La gamme de services généralement accessibles dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles réfère à :

- ♦ l'évaluation médicale et nursing, l'évaluation en ergothérapie, orthophonie, physiothérapie, l'évaluation psychologique, psychosociale, etc.;
- ♦ l'intervention en physiothérapie est orientée vers la récupération et le développement des capacités motrices, etc. On traite les problèmes de spasticité, de proprioception, de marche, etc. On travaille le renforcement musculaire, l'amplitude articulaire et la souplesse, notamment pour la clientèle ayant une affection orthopédique. On informe et forme l'utilisateur sur le contrôle de la douleur et l'utilisation de modalités antalgiques et anti-inflammatoires;
- ♦ l'évaluation, l'attribution et l'entraînement à l'utilisation des aides techniques pour compenser les incapacités, pour prévenir une emprise plus grande de la douleur chronique (orthèses) et pour aider dans l'exécution des activités de la vie courante;
- ♦ l'intervention en ergothérapie tant au niveau des fonctions cognitives que de l'acquisition d'habiletés compensatoires liées à la réalisation des AVQ et AVD et à la gestion de la vie personnelle;
- ♦ l'intervention psychosociale pour :
 - ◇ l'ajustement psychologique à sa nouvelle situation,
 - ◇ le développement des capacités relationnelles et interpersonnelles,
 - ◇ le soutien à la famille et à l'environnement,
 - ◇ l'information sur les ressources existantes,
 - ◇ l'accompagnement dans les ressources de la communauté au besoin;
- ♦ les services de psychologie procurent le counselling et les thérapies nécessaires au développement personnel et l'acceptation du handicap pour faire face aux deuils (pertes) et l'adaptation au handicap. Les interventions sont faites aussi auprès de la famille pour faciliter l'ajustement au handicap.
- ♦ les services de consultation/conseil et d'information/enseignement aux intervenants de la communauté;
- ♦ les services d'éducateurs spécialisés ou d'ergothérapie pour préparer la personne à son intégration sociale et professionnelle;
- ♦ les services d'intégration sociorésidentielle et socio-communautaire.

Un scénario type se dégage dans la séquence des services offerts au niveau des programmes de réadaptation ciblant des clientèles. Ce scénario est le suivant :

- ♦ suite à l'évaluation médicale, on travaille à développer ou compenser les incapacités fonctionnelles de la personne. Ceci peut demander, au début, des services intensifs en ergothérapie, physiothérapie et orthophonie. Ces services sont dispensés de façon moins intensive par la suite.
- ♦ Lorsque l'utilisateur atteint un plateau au niveau de la récupération fonctionnelle, les services des aides techniques interviennent pour compenser les incapacités.
- ♦ À cette étape, l'intervention s'oriente vers l'intégration résidentielle et communautaire. On supporte l'utilisateur et l'aide à s'ajuster à son handicap et à ses rôles sociaux. Tout se fait avec le client et sa famille.

Les services et activités offerts tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience. À titre d'exemple pour les :

⇒ **victimes d'accidents cardio-vasculaires**

les services d'orthophonie prendront une place importante pour traiter les troubles de la parole et les services d'ergothérapie pour les troubles cognitifs.

⇒ **Victimes de traumatisme crânien-cérébral**

Pour ces personnes, le conseiller en orientation jouera un rôle important pour trouver un milieu de stage, l'éducateur pour le support à l'intégration au travail et l'ergothérapeute pour l'adaptation du poste de travail.

⇒ **Personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde :**

Via l'intervention de la physiothérapeute, l'accent est mis sur la récupération de certaines fonctions motrices. L'ergothérapeute procure les adaptations requises pour limiter le dommage articulaire dans les gestes de la vie quotidienne et pour accroître l'autonomie de la personne dans les AVQ. On favorise l'autogestion. L'intervenant psychosocial visera l'acceptation des limitations et explorera, avec le client, de nouvelles avenues de réalisation au besoin.

⇒ **Personnes atteintes de fibromyalgie :**

L'intervention de groupe d'une durée de 13 semaines, à raison d'une ou deux fois par semaine, met l'accent sur les capacités de la personne à faire face aux différentes situations de la vie, où une équipe, psychologue, ergothérapeute et physiothérapeute interviendront pour des séances d'information sur la fibromyalgie, la douleur chronique et sa gestion, l'hygiène posturale, le stress, la relaxation et la conservation de l'énergie, les médicaments, le régime alimentaire, etc. Les classes de conditionnement physique représentent la composante physiothérapie.

⇒ **Personnes atteintes de maladies dégénératives :**

On traite les problèmes de dysphasie (ex. : personnes atteintes de la maladie de Parkinson), de dysphagie, les troubles de la déglutition et les problèmes respiratoires (ex. : respiration assistée, notamment pour les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique).

Prenons maintenant connaissance des modes de prestations des services au CRCL et regardons la durée et la fréquence des services offerts dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles.

1.4 MODES DE PRESTATION, DURÉE, INTENSITÉ DES SERVICES

MODES DE PRESTATIONS DES SERVICES

Les services et activités des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont offerts exclusivement en **externe**. Les usagers reçoivent leurs services dans les locaux du CRCL. Mentionnons que les usagers ont accès aux pièces principales d'un domicile au CRCL pour leur entraînement (cuisine, salle de bain, chambre à coucher).

De plus, tous les intervenants peuvent intervenir au **domicile** de l'utilisateur, notamment pour certaines évaluations et l'attribution des adaptations requises à l'exécution des AVQ et AVD. Notons que ces services au domicile sont complémentaires à ceux offerts par les CLSC, notamment au niveau de l'adaptation du domicile même qui demeure la responsabilité première des CLSC.

Des services (visites, suivi) sont offerts en **milieu scolaire** ou de **travail** lorsqu'il y a lieu.

DURÉE ET INTENSITÉ DE LA PRESTATION DE SERVICES

La durée des services offerts

L'intervention dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles n'a pas systématiquement de durée cible, à l'exception des services pour les traumatisés crâniens-cérébraux qui sont offerts sur une période maximale de deux ans. Toutefois, certains services offerts en groupe ont des durées déterminées. On pense notamment au groupe de fibromyalgie qui s'échelonne sur treize semaines et à celui sur l'ostéoporose qui est offert sur dix semaines. De plus, certains traitements présentent des constantes. C'est le cas du traitement de l'arthrite rhumatoïde (polyarthrite inflammatoire) qui est généralement réalisé sur cinq semaines alors que le traitement de l'ostéoarthrite s'échelonne sur trois semaines.

L'intensité des services offerts

La fréquence des services dépend des besoins et des capacités de la personne ainsi que des caractéristiques du programme requis par les usagers. De façon générale, les services des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont offerts à raison d'une à deux fois par semaine. Les services sont coordonnés de façon à ce que l'utilisateur optimise son déplacement. Par ailleurs, les personnes victimes d'un traumatisme crânien-cérébral (très souvent de jeunes adultes) peuvent venir jusqu'à 4-5 fois par semaine au CRCL.

Dans les programmes clientèles, lorsque de la réadaptation fonctionnelle intensive est requise, le client peut venir de trois à cinq fois par semaine, selon sa tolérance physique et sa capacité de se déplacer.

Enfin, pour la clientèle atteinte de maladie dégénérative, notamment la clientèle atteinte de sclérose latérale amyotrophique, la fréquence des services croît avec la progression de la maladie. En bout de piste, ces personnes seront prises en charge par les services multientèles de réadaptation à domicile, en collaboration avec les services à domicile des CLSC.

Prenons maintenant connaissance de services spécifiques offerts aux usagers des programmes clientèles, à savoir : les services

pour les personnes atteintes de douleurs chroniques et les services de réadaptation fonctionnelle intensive.

1.5 SERVICES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS CHRONIQUES

Les usagers des programmes de neurologie, d'orthopédie et de rhumatologie ont accès à des sessions de groupe pour le traitement de douleurs chroniques.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Le traitement de douleurs chroniques s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant de douleurs au rachis depuis plus de six mois et qui présentent les diagnostics suivants : ostéoarthrose, sténose lombaire, sténose spinale, postdiscoïdectomie stade chronique, ostéoarthrite, dégénérescence discale chronique, etc. Il s'agit de personnes pour lesquelles les traitements individuels n'ont pas donné les résultats escomptés.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Dix sessions, d'une durée de deux heures chacune, ont pour but de développer l'autonomie optimale de la personne afin de maximiser sa qualité de vie. Les objectifs suivants sont poursuivis :

- ♦ maintenir ou développer le degré de bien-être;
- ♦ réorganiser et adapter l'environnement de la personne (maison, milieu de travail) à ses limitations physiques;
- ♦ modifier les comportements et attitudes de la personne pour faciliter son ajustement à l'égard de sa condition physique;
- ♦ enseigner des stratégies pour réduire la douleur;
- ♦ éduquer la personne et son entourage et la rendre apte à gérer et à vivre avec son problème chronique (programme d'exercices).

SERVICES OFFERTS

Divers services sont offerts. On pense notamment :

- ⇒ en physiothérapie : exercices, hydrothérapie, rééducation posturale, soins du dos;
- ⇒ en ergothérapie : identification des adaptations requises, conservation de l'énergie, protection des articulations, etc.;
- ⇒ en psychologie et travail social : groupes de discussion, développement personnel, support psychosocial et relaxation;
- ⇒ en soins infirmiers et en nutrition : alimentation et médication, soins de peau, plaies.

1.6 SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

Le CRCL offre également de la réadaptation fonctionnelle intensive aux usagers des programmes de neurologie, d'orthopédie et de rhumatologie.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

La clientèle ciblée est identifiée aux personnes qui reçoivent leur congé d'un centre hospitalier de soins de courte durée (notamment l'Hôpital Général de Montréal avec qui des discussions sont en cours). Il peut également s'agir de personnes qui obtiennent leur congé d'un centre hospitalier de réadaptation (notamment les centres hospitaliers Catherine Booth, Lindsay et l'Hôpital juif de réadaptation).

BUT, OBJECTIFS ET SERVICES

Par le développement de services intensifs de réadaptation, le CRCL a pour but de contribuer au virage ambulatoire, compte tenu de la diminution de la durée de séjour en centre hospitalier. Par l'intensité des services offerts, on vise à ce que la personne récupère, de façon optimale, ses capacités motrices avant que des séquelles plus importantes n'apparaissent. Des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie sont offerts et complétés par des services psychosociaux.

INTENSITÉ DES SERVICES

Par le fait que le CRCL offre des services en externe, ses interventions se situent parfois à la fin de la phase de réadaptation fonctionnelle intensive. Le CRCL poursuit la réadaptation fonctionnelle intensive, généralement pendant une à deux semaines ou, au maximum, pendant un mois. Pendant cette période, les services sont généralement offerts trois à cinq fois par semaine selon la tolérance de la personne.

Abordons dès lors les programmes multicientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale.

2. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICIENTÈLES

On distingue deux programmes multicientèles de réadaptation :

1. le programme de réadaptation à domicile;
2. le programme d'évaluation et d'orientation au travail.

À l'instar des programmes de réadaptation ciblant des clientèles, les critères généraux d'admissibilité s'appliquent pour les programmes multicientèles de réadaptation. Nous signalerons cependant des particularités pour chacun des programmes. La durée et l'intensité des services seront également précisées lorsque pertinentes.

2.1 PROGRAMME DE RÉADAPTATION À DOMICILE

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Le programme de réadaptation à domicile s'adresse spécifiquement à une clientèle présentant des limitations physiques nécessitant des services de réadaptation et qui ne peut sortir de

son domicile à cause d'un manque de tolérance ou de barrières architecturales. Est priorisée et vue sans délai, la clientèle référée par un professionnel d'un centre hospitalier de soins de courte durée, d'un centre hospitalier de réadaptation ou d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive d'un centre hospitalier de soins de longue durée. L'utilisateur admissible à de la réadaptation à domicile doit résider sur le territoire bordé à l'est par la rue De Lorimier, à l'ouest par la Cinquante-cinquième Avenue à Lachine, au sud par le Fleuve St-Laurent et au nord par le boulevard Gouin.

BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Le programme de réadaptation à domicile vise à développer les capacités de la personne et à contrer les barrières architecturales qui l'empêchent de recevoir des services de réadaptation au CRCL même. Après un certain temps d'intervention, s'il est impossible de réadapter la personne ou de l'habiliter à venir au CRCL, elle sera référée aux services de maintien à domicile des CLSC.

SERVICES OFFERTS

Le CRCL a mené des discussions avec les CLSC afin de s'assurer d'une complémentarité des services. Le Centre évalue qu'il s'implique particulièrement au niveau de cas complexes afin d'appuyer les CLSC. Il offre également de la consultation aux intervenants des CLSC.

De façon générale les services offerts empruntent le schéma suivant :

- ♦ la première visite est faite par le personnel infirmier qui évalue les besoins de la personne. Par la suite, si des soins infirmiers sont requis, le CRCL réfère la personne aux CLSC;
- ♦ la physiothérapeute fait l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne et assure les traitements requis;
- ♦ l'ergothérapeute du CRCL intervient spécifiquement sur les problèmes cognitifs de la personne s'il y a lieu et identifie les adaptations requises pour faciliter le fonctionnement de la personne au niveau des AVQ et AVD. Il demeure que l'ergothérapeute du CLSC procède à l'adaptation du domicile.
- ♦ enfin, le travailleur social intervient auprès de la personne si cette dernière a des problèmes liés à sa déficience. Les problématiques psychosociales d'autres natures (ex. : problèmes relationnels, hébergement) seront traitées par le travailleur social du CLSC.

DURÉE ET INTENSITÉ DES SERVICES

Les services de réadaptation à domicile sont généralement offerts une à deux fois par semaine. Le CRCL offre également de la **réadaptation fonctionnelle intensive à domicile**; on parle dès lors d'une fréquence de services de trois à cinq fois par semaine.

2.2 ÉVALUATION/ORIENTATION AU TRAVAIL

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Le programme d'évaluation et d'orientation au travail s'adresse à des adultes présentant des limitations physiques, perceptives ou cognitives. Ces personnes doivent être motivées à intégrer ou

réintégrer le marché du travail régulier et avoir le potentiel fonctionnel nécessaire.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs visés par ce programme sont :

- ♦ d'observer et mesurer les aptitudes et les capacités réelles de l'individu;
- ♦ d'optimiser les habiletés au travail;
- ♦ d'explorer les possibilités d'activités productives liées au travail en tenant compte des aptitudes, des intérêts, du potentiel observé et du contexte économique;
- ♦ d'offrir un soutien personnel dans les démarches de réadaptation professionnelle.

SERVICES OFFERTS

Les services offerts sont :

- ⇒ l'évaluation globale des capacités fonctionnelles de travail ou l'évaluation en fonction d'un emploi particulier;
- ⇒ l'orientation professionnelle;
- ⇒ le développement des capacités fonctionnelles de travail ou en fonction d'aspects particuliers d'un emploi;
- ⇒ l'analyse et l'adaptation de postes de travail;
- ⇒ l'évaluation et le développement de la condition physique;
- ⇒ l'entraînement, le soutien et le suivi dans un processus d'intégration au travail.

On utilise des tests standardisés et des tests maison pour évaluer les capacités de travail. L'évaluation et l'entraînement se font dans le cadre de mises en situation au CRCL, en cours de stage de courte durée à l'extérieur du Centre, ou encore dans le milieu de travail de la personne.

De façon générale, l'utilisateur fréquente ce programme cinq jours par semaine.

Abordons maintenant la description des programmes « en soutien » à l'intégration sociale.

3. PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

Au CRCL on distingue trois programmes de soutien à l'intégration. Ce sont :

1. l'Atelier de travail R.A.R.E.;
2. le Centre de Jour;
3. l'évaluation de la conduite automobile.

3.1 ATELIER DE TRAVAIL R.A.R.E.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Dans ce programme, on cible les personnes sévèrement handicapées sur le plan moteur ou cognitif. Certains usagers désirent une activité de travail mais sont peu productifs. Ils ne peuvent accéder au marché régulier de travail, ni aux centres de travail adapté et ils ne sont pas prêts pour les modules de travail adapté. Peu d'alternatives s'offrent à eux. Les personnes éligibles au programme doivent :

- ♦ participer à l'atelier un minimum de deux jours par semaine;
- ♦ habiter seules, dans leur famille naturelle ou en famille d'accueil, ou encore être en processus de retour dans la communauté;
- ♦ être en mesure ou désirer exécuter un travail simple d'assemblage ou d'emballage au moins 60 % du temps de présence;
- ♦ avoir la capacité, le désir et l'intérêt d'entrer en relation avec les autres;
- ♦ avoir la capacité de reconnaître et de respecter les personnes en autorité, de contrôler l'expression de leurs émotions, d'avoir un bon contact avec la réalité;
- ♦ être en mesure de comprendre et respecter les règles et de persévérer dans l'accomplissement d'une tâche ou d'un engagement.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Dans le cadre de l'atelier, on vise à enrichir et entretenir les compétences comportementales, psychosociales et vocationnelles des clients afin d'accroître leur participation dans la communauté et dans un milieu adapté.

SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS

Aux activités de stimulation et de maintien des compétences, où 60 % du temps est consacré au travail manuel, sont jumelées des activités diverses (40 % du temps). Il peut s'agir de groupes de discussion, de cours offerts par la CECM, d'exercices physiques, d'activités artistiques, de loisirs et de sorties.

DURÉE ET INTENSITÉ DES SERVICES

Les personnes fréquentent l'atelier de deux à cinq jours par semaine. Leur séjour à l'atelier est long, car il y a un manque de ressources dans la communauté pour donner congé aux clients.

3.2 CENTRE DE JOUR

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Le Centre de jour accueille des adultes vivant à domicile et ayant des limitations physiques sévères et permanentes acquises par la maladie, un traumatisme ou un accident.

Pour être admissible au Centre de Jour, l'utilisateur doit :

- ♦ habiter seul, dans sa famille naturelle ou en famille d'accueil, ou encore être en processus de retour dans la communauté;
- ♦ être dans l'impossibilité d'occuper un travail régulier ou adapté au moment de la référence;
- ♦ avoir besoin, par une approche de groupe, de soutien pour le maintien des acquis tant au niveau physique que psychosocial;
- ♦ avoir besoin d'aide à l'adaptation psychosociale en raison d'une incapacité permanente sévère.

BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

La préoccupation majeure du programme demeure l'intégration sociale de la clientèle. Éventuellement ce programme devrait s'appeler programme de soutien à l'intégration sociale.

Dans ce programme on veut aider les usagers à :

- ♦ s'ajuster à leurs capacités physiques restreintes, à compléter leurs deuils et à apprendre à vivre autrement;
- ♦ développer de nouveaux intérêts pour une meilleure qualité de vie;
- ♦ actualiser leurs rôles sociaux dans la famille et la communauté.

SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS

Divers services sont disponibles :

- ♦ activités individuelles et de groupe pour conserver les acquis, développer l'autonomie, prévenir les détériorations et poursuivre de nouveaux apprentissages;
- ♦ services d'évaluation et suivi individuel ou de groupe en ergothérapie;
- ♦ services de counselling individuel, conjugal et familial et soutien à la famille.

DURÉE ET INTENSITÉ DES SERVICES

Les personnes fréquentent le Centre de Jour une ou deux fois par semaine. À la demande d'un CLSC, ou dans le cadre d'un plan de services intégrés, l'utilisateur peut être accueilli trois fois semaine. On espère un plus grand taux de roulement dans ce programme. En effet, on estime que 15 % de la clientèle fréquente le Centre depuis longtemps parce qu'il n'y a pas d'autres ressources pour les accueillir.

3.3 ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Le programme d'évaluation de la conduite automobile cible toute personne dont les incapacités ne lui permettent pas de répondre aux normes et aux exigences de la Société d'assurance automobile du Québec. Elle doit détenir un certificat médical qui établit son

état de santé. Une personne de moins de 18 ans peut être vue exceptionnellement.

SERVICES OFFERTS

Dans ce programme, on répond à deux types de besoins :

- ♦ d'une part, l'évaluation du potentiel relatif à la conduite automobile pour les personnes dont les facultés mentales ou physiques sont altérées;
- ♦ d'autre part, l'accessibilité au véhicule comme conducteur ou passager (ex. : chargement de l'aide à la mobilité, transfert du fauteuil roulant au véhicule).

On procède de la façon suivante. Le test en salle (90 min) permet d'évaluer les habiletés physiques et mentales. Suit le test sur la route (1 h) avec un moniteur d'une école de conduite. Le CRCL fait parvenir les résultats à la SAAQ. Enfin, on procède à l'évaluation/adaptation du véhicule.

Le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants avant de prendre connaissance des clientèles desservies au CRCL.

EN RÉSUMÉ

Pour être **admissible** aux programmes de réadaptation ciblant des clientèles, il faut une référence d'un professionnel de la santé. Une priorité est accordée aux usagers référés des centres hospitaliers de soins de courte durée, centres hospitaliers de réadaptation et URFI; ceci implique que l'on tente de recevoir la clientèle sans délai. Pour être inscrite à l'un de ces programmes, la clientèle doit être en mesure de recevoir les services en externe.

Les programmes de réadaptation ciblant des clientèles visent le développement de l'autonomie fonctionnelle, personnelle, socio-résidentielle et professionnelle. Les **objectifs** poursuivis tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de la déficience.

La gamme de **services** offerts est composée des éléments suivants :

- ◇ évaluation médicale et disciplinaire;
- ◇ intervention en physiothérapie;
- ◇ éducation pour le contrôle de la douleur;
- ◇ évaluation, attribution, entraînement à l'utilisation des aides techniques;
- ◇ intervention en ergothérapie (AVD, AVQ);
- ◇ intervention psychosociale;
- ◇ services de psychologie;
- ◇ consultation-conseil aux intervenants de la communauté;
- ◇ services d'éducateurs spécialisés et d'ergothérapeutes pour l'intégration sociale;
- ◇ services d'intégration sociorésidentielle et communautaire.

L'intervention dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles n'a pas de durée cible, à l'exception des services pour TCC qui sont offerts sur une période maximale de deux ans. La fréquence des services dépend des besoins et des capacités de la personne. De façon générale, les services sont offerts à raison d'une à deux fois par semaine et sont coordonnés de façon à ce que l'utilisateur optimise son

déplacement. Par ailleurs, les personnes victimes d'un traumatisme crânien-cérébral (très souvent de jeunes adultes) peuvent venir quatre à cinq fois par semaine au CRCL. Lorsque de la réadaptation fonctionnelle intensive est requise, le client peut venir de trois à cinq fois par semaine, selon sa tolérance physique et sa capacité à se déplacer.

Les programmes de réadaptation multIClientèles se composent de la réadaptation à domicile et de l'évaluation et orientation au travail.

- ♦ Le programme de *réadaptation à domicile* dessert en priorité la clientèle référée par les centres hospitaliers de courte durée, les centres hospitaliers de réadaptation et les URFI. Une notion de territorialité s'applique ici pour établir l'admissibilité. Après un certain temps d'intervention, s'il est impossible de réadapter ou d'habiliter l'usager à venir au CRCL, il sera référé aux services de maintien à domicile des CLSC. Ce programme implique la participation du CLSC. Ces services sont généralement offerts une à deux fois semaine. Si l'usager requiert de la réadaptation fonctionnelle intensive, la fréquence des services peut être de trois à cinq fois semaine.
- ♦ Le programme *d'évaluation/orientation au travail* offre des services d'évaluation, d'orientation, de développement des capacités de travail, d'adaptation de postes de travail et d'entraînement, de soutien et de suivi du processus d'intégration. De façon générale, l'usager fréquente ce programme cinq jours par semaine.

Les programmes en soutien à l'intégration sociale regroupent un atelier de travail, un Centre de Jour et l'évaluation de la conduite automobile.

- ♦ *L'Atelier de travail R.A.R.E.* cible des personnes sévèrement handicapées sur le plan moteur et cognitif qui ne peuvent réintégrer le marché du travail régulier. On vise à enrichir et entretenir les compétences comportementales, psychosociales et vocationnelles des clients afin d'accroître leur participation dans la communauté et dans un milieu adapté. Aux activités de stimulation et de maintien des compétences, où 60 % du temps est consacré au travail manuel, sont jumelées des activités diverses (groupes de discussion, de cours offerts par la CECM, d'exercices physiques, d'activités artistiques, de loisirs, etc.). Les personnes fréquentent l'atelier de deux à cinq jours par semaine. Elles sont desservies à long terme.
- ♦ Le *Centre de Jour* accueille des adultes vivant à domicile et ayant des limitations physiques sévères et permanentes. Pour être admissible, l'usager doit être dans l'impossibilité d'occuper un travail régulier ou adapté. La préoccupation majeure du programme demeure l'intégration sociale de la clientèle. Les personnes fréquentent le Centre de Jour une ou deux fois par semaine et y restent très longtemps.
- ♦ Le programme *d'évaluation de la conduite automobile* cible toute personne dont les incapacités ne lui permettent pas de répondre aux normes et aux exigences de la Société d'assurance automobile du Québec. On répond à deux types de besoins : l'évaluation du potentiel relatif à la conduite automobile et l'accessibilité au véhicule comme conducteur ou passager.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. *Les programmes de réadaptation ciblant des clientèles* (neurologie, orthopédie, rhumatologie, TCC) sont offerts sur une base externe seulement. On y reçoit, en priorité, les usagers référés par les

centres hospitaliers de courte durée, les centres hospitaliers de réadaptation et les URFI.

2. La fréquence des services varie selon les besoins de la clientèle mais, de façon générale, ils sont offerts une à deux fois par semaine et sont coordonnés de façon à ce que l'utilisateur optimise son déplacement. Par ailleurs, la clientèle TCC peut recevoir des services sur une période maximale de deux ans et, selon ses besoins, être présente au Centre quatre à cinq fois semaine.
3. Lorsque de la réadaptation fonctionnelle intensive est requise, les services sont dispensés trois à cinq fois par semaine.
4. Le *programme de réadaptation à domicile* s'adresse aux usagers des territoires de CLSC limitrophes qui ne veulent pas être hébergés en centre hospitalier de réadaptation suite à leur congé de l'hôpital. On vise à ce que l'utilisateur puisse venir chercher ses services au CRCL. Après un certain temps, selon la capacité du client à se déplacer, le Centre poursuivra son intervention ou référera la personne aux services de maintien à domicile des CLSC. L'articulation avec les CLSC pour la prestation de ces services varie en fonction de l'implication du CLSC en réadaptation fonctionnelle intensive et notamment de la disponibilité des ressources en physiothérapie. De façon générale, on offre ces services une à deux fois semaine. Si l'utilisateur requiert de la réadaptation fonctionnelle intensive, les services seront offerts trois à cinq fois semaine.
5. L'établissement offre un service d'évaluation de la conduite automobile.
6. Les taux de roulement de la clientèle du Centre de Jour et à l'Atelier de travail R.A.R.E. pourraient être améliorés s'il y avait des débouchés alternatifs pour les usagers.

CHAPITRE 3

LES CLIENTÈLES DESSERVIES

MISE EN SITUATION

Nous dressons le portrait de la clientèle desservie, en 1996-97,¹⁴ en abordant dans l'ordre :

1. les programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale ciblant des clientèles spécifiques. Nous traitons ces programmes selon les programmes « théoriques » retenus au niveau régional, à savoir : neurologie, orthopédie et personnes amputées;
2. les programmes multIClientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale;
3. les programmes multIClientèles « en soutien à l'intégration sociale ».

Nous avons traité la base de données que le CRCL nous a transmise pour cette période. Nous avons constitué les programmes théoriques régionaux à l'aide des codes CIM-9 du diagnostic principal de l'utilisateur, soit la raison de l'hospitalisation. Le Centre a par la suite validé le traitement.

Le lecteur peut consulter une synthèse des résultats du traitement des données en fin de chapitre.

1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS

En 1996-97, 1682 inscriptions étaient inventoriées pour un total de 1610 usagers différents répartis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles de la façon suivante :

- ⊗ 64,5 % (1039/1610) des usagers sont desservis pour des diagnostics reliés à l'**orthopédie** (incluant la rhumatologie);
- ⊗ 34,4 % (554/1610) pour des diagnostics **neurologiques**;
- ⊗ on reçoit très peu d'**usagers amputés** (1 %; 17/1610) dans ce type de programme.

En neurologie

Les principales problématiques neurologiques traitées au CRCL, en 1996-97, dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont :

¹⁴ Nous excluons les données du programme du développement de l'enfant transféré au Centre McKay.

- ✱ les accidents vasculaires cérébraux dont a été victime près de 42 % (231/554) de la clientèle desservie dans ce programme;
- ✱ les maladies dégénératives dont souffre 30 % (165/554) de la clientèle (sclérose en plaques, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, ataxies, etc.);
- ✱ Mentionnons que le CRCL reçoit très peu de blessés médullaires (8) ainsi que de personnes atteintes d'un déficit moteur cérébral (5).

En orthopédie

Les principales problématiques orthopédiques traitées au CRCL, en 1996-97, sont l'arthroplastie et les fractures, l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoarthrose et l'arthrite ankylosante. On retrouve rarement un seul diagnostic chez les usagers de ce programme; le cumul des diagnostics rend plus complexe le traitement.

1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE

On observe que :

- ✱ 63,5 % (1023/1610) de la clientèle desservie est de **sex**e **féminin**.

⇒ Faits à remarquer :

- ◊ la clientèle présentant un problème de nature orthopédique est composée, à 73,5 %, de femmes (764/1023).
- ◊ Les hommes sont majoritaires en neurologie (54,5 %; 302/554).

- ✱ On dessert une majorité de **personnes âgées** de 65 ans et plus (55 %; 885/1610).

⇒ Faits à remarquer :

- ◊ on dénombre un peu plus de personnes du groupe des 75 à 84 ans que du groupe des 65 à 74 ans (25,5 %; 24,3 %).
- ◊ La population de jeunes adultes (18-24 ans) est marginale (1,6 %; 26/1610).
- ◊ Près de 60 % de la clientèle orthopédique est âgée de 65 ans et plus.

- ✱ 90 % (1448/1610) de la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre**, 8 % de la Montérégie, 2 % des régions limitrophes (Laval, Laurentides, Lanaudière). La population venant de régions éloignées est marginale (0,12 %).

- ✱ 87,2 % (1263/1448) des personnes de la région de Montréal-Centre résident dans les sous-régions **Ste-Justine, Général de Montréal, Verdun et Lakeshore**.

- ✱ 74,5 % (1200/1610) des usagers s'expriment en **langue anglaise**.

- ✱ Sauf pour de très rares exceptions (4), les usagers demeurent en **milieu naturel** (99,7 %).

1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

55 % (886/1610) des usagers des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont référés au CRCL par des **centres hospitaliers** (toutes catégories confondues). Les centres hospitaliers réfèrent presque autant pour des problématiques liées à l'orthopédie que pour des problèmes neurologiques.

Parmi les usagers référés par les centres hospitaliers :

- ✱ 30 % (481/1610) proviennent directement des **Centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD)**.

⇒ Les principaux CHSCD qui réfèrent au CRCL sont, par ordre d'importance, les centres hospitaliers **Général de Montréal** (26,4 %; 127/481), **Royal Victoria** (17,3 %; 83/481), **l'Institut de Neurologie** (14 %; 68/481) et **l'Hôpital Général Juif** (13,3 %; 64/481).

- ✱ 22,6 % (364/1610) de la clientèle est référée par des **centres hospitaliers de réadaptation** principalement :

⇒ les centres hospitaliers **Catherine Booth** (54,4 %; 198/364) et **Julius Richardson** (29,7 %; 108/364).

45 % des références au CRCL proviennent des organismes de la communauté (CLSC, OSBL, CSST, SAAQ, cabinets de médecins et cliniques privées, etc.) Parmi ces référents :

- ✱ les cabinets de médecins et cliniques privées figurent au titre de la 2^e source de référence en importance (38 %; 613/1610) après les centres hospitaliers toutes catégories confondues.

⇒ Les cabinets de médecins et cliniques privées réfèrent principalement des usagers connaissant des problématiques orthopédiques (86,3 %; 529/613).

1.4 TAUX DE ROULEMENT¹⁵

Dans tous les programmes de réadaptation ciblant des clientèles, le **taux de roulement** des usagers est élevé. Par ordre décroissant il se présente comme suit pour l'année 1996-97:

- ✱ personnes amputées : 88,9 %
- ✱ orthopédie : 79,8 %
- ✱ neurologie : 75,5 %

1.5 HEURES PRESTATION SERVICES (HPS)¹⁶

En 1996-97, tous services cliniques confondus, la **moyenne des heures de prestation de services** est dans l'ordre décroissant suivant :

- ✱ orthopédie : 20,8 heures¹⁷

¹⁵ Le taux de roulement a été calculé selon la formule retenue par la Fédération des centres de réadaptation, à savoir : nombre de départs/nombre total d'usagers durant la période.

¹⁶ Les HPS ont été calculées à partir des usagers qui sont entrés et sortis du programme au cours de l'année 1996-97. Nous avons alloué au prorata des participants les HPS des activités de groupe. Notons que la compilation des HPS au CRCL se fait à la minute. Enfin, le Centre procède à l'évaluation pour l'éligibilité dans le cadre de ses programmes. En conséquence, la présence de certains usagers évalués dans le programme, mais non retenus, a tendance à faire baisser la moyenne des HPS.

- ✱ personnes amputées : 12,8 heures¹⁸
- ✱ neurologie : 12,2 heures¹⁹

À titre indicatif, mentionnons que la prestation de services s'échelonne sur une **durée moyenne d'intervention**²⁰ qui varie comme suit :

- ✱ orthopédie : 81,6 jours
- ✱ neurologie : 75,7 jours
- ✱ personnes amputées : 49,0 jours

Orthopédie

En orthopédie, la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens les plus fréquemment interpellés, varie de la façon suivante :

- ✱ physiothérapeute : 17,6 heures
- ✱ psychologue : 7,5 heures
- ✱ ergothérapeute : 5,1 heures
- ✱ travailleur social : 2,3 heures
- ✱ services infirmiers : 0,6 heures

Amputés

Pour les personnes amputées, la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens les plus fréquemment interpellés, varie de la façon suivante :

- ✱ physiothérapeute : 22,2 heures
- ✱ ergothérapeute : 3,3 heures
- ✱ psychologue : 3,5 heures
- ✱ travailleur social : 1,0 heures
- ✱ services infirmiers : 0,4 heures

Neurologie

En neurologie, la moyenne des heures soins, par catégories de cliniciens les plus fréquemment interpellés, varie de la façon suivante :

- ✱ physiothérapeute : 10,4 heures
- ✱ ergothérapeute : 5,2 heures
- ✱ orthophoniste : 6,0 heures
- ✱ psychologue : 9,0 heures
- ✱ travailleur social : 1,6 heures
- ✱ services infirmiers : 0,8 heures

Regardons maintenant la clientèle desservie dans les programmes multicientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale.

2. PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE RÉADAPTATION

Le portrait de la clientèle desservie dans les programmes multicientèles de réadaptation se fera en abordant dans l'ordre :

¹⁷ En orthopédie, la moyenne des HPS est de 22,9 h si l'on retire les usagers évalués dans le programme mais non retenus.

¹⁸ Pour les personnes amputées, la moyenne des HPS est de 20,6 h si l'on retire les usagers évalués dans le programme mais non retenus.

¹⁹ En neurologie, la moyenne des HPS est de 13,3 h si l'on retire les usagers évalués dans le programme mais non retenus.

²⁰ Pour la clientèle inscrite la durée de séjour ou d'intervention est calculée en tenant compte de la date d'inscription et de départ de l'utilisateur dans le programme. Par ailleurs, comme l'utilisateur ne fréquente le Centre qu'un certain nombre de jours par semaine et de façon variable entre le début et la fin du programme, cette donnée ne doit être utilisée qu'à titre indicatif. Nous l'utilisons pour contextualiser la moyenne des HPS.

- 2.1 le programme de réadaptation à domicile;
- 2.2 le programme d'évaluation et d'orientation au travail.

2.1 LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION À DOMICILE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 143 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 134 usagers différents desservis dans le programme de réadaptation à domicile. Selon les diagnostics répertoriés :

- ✱ 61,2 % (82/134) des usagers présentent des problématiques liées à l'orthopédie et 30,6 % (41/134) des problématiques neurologiques.

On remarque que :

- ✱ les trois quarts de la clientèle desservie est de **sexé féminin** (101/134).
- ✱ 67,2 % (90/134) des usagers sont âgés de **75 ans et plus**.
- ✱ La totalité de la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre** et 70 % vit dans les territoires des **CLSC limitrophes** au CRCL (St-Henri, St-Louis-du-Parc, Métro, NDG/Montréal-Ouest, Côte-des-Neiges et René-Cassin).
- ✱ 81,3 % des usagers s'expriment en **langue anglaise**.
- ✱ à l'exception de trois personnes, les usagers demeurent en **milieu naturel**.

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

La clientèle est référée au CRCL principalement par :

- ✱ des centres hospitaliers de réadaptation (40,3 %; 54/134), notamment le Centre hospitalier Catherine Booth;
- ✱ les centres hospitaliers de soins de courte durée (23,1 %; 31/134) réfèrent dans des proportions semblables à celles des CLSC (21,6 %; 29/134).

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES PRESTATION DES SERVICES (HPS)

On observe un taux de roulement de la clientèle de 63,6 %.

En 1996-97, l'offre de services est en moyenne de 17,1 h par usager et s'étend sur une durée moyenne de 76,2 jours. Par types de professionnels impliqués, selon les besoins de la clientèle, la moyenne des heures soins varie de la façon suivante :

- ✱ physiothérapeute : 10,4 heures
- ✱ ergothérapeute : 9,0 heures
- ✱ orthophoniste : 7,9 heures
- ✱ psychologue : 3,1 heures
- ✱ travailleur social : 2,5 heures
- ✱ services infirmiers : 2,0 heures

2.2 L'ÉVALUATION ORIENTATION AU TRAVAIL

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 94 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 90 usagers desservis dans le programme d'évaluation orientation au travail. Dans ce programme, on retrouve un nombre équivalent d'usagers connaissant des problématiques liées à l'orthopédie ainsi que des problématiques neurologiques (45,5 % chacun; 41/90).

On remarque que :

- ✱ 70 % (63/90) de la clientèle desservie est de **sex masculin**.
- ✱ 90 % des usagers sont âgés entre **18 et 54 ans**. À peine 10 % de la clientèle amorce la fin de sa période active de travail (55 à 64 ans).
- ✱ 62,2 % de la clientèle provient de la région de **Montréal-Centre** et une proportion importante (24,4 %) vient de la **Montérégie**.
- ✱ À l'opposé des autres programmes, et probablement influencé par la provenance géographique des usagers, 64,4 % d'entre eux s'expriment en **langue française**.
- ✱ Bien qu'une majorité (57.1 %; 32/56) des usagers résidant à Montréal proviennent des sous-régions **Ste-Justine, Général de Montréal, Verdun et Lakeshore**, le programme accueille une clientèle non négligeable (43 %; 24/56) des autres sous-régions de Montréal.
- ✱ La totalité des personnes demeure en **milieu naturel**.

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

La majorité de la clientèle (53 %; 47/89) est référée au programme par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou des assureurs privés. Le réseau de la santé contribue à 27 % (24/89) de la référence et les cabinets/cliniques privés à 16 % (14/89).

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES DE PRESTATION DE SERVICES(HPS)

Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est de 79,8 %.

En 1996-97, un usager reçoit en moyenne 36,6 heures de services échelonnés sur une durée moyenne de 51,2 jours. Par types de professionnels le plus fréquemment impliqués, la moyenne des heures services varie de la façon suivante :

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| ✱ ergothérapeute : | 26,6 heures |
| ✱ conseiller en orientation : | 9,9 heures |
| ✱ éducateur : | 9,6 heures |
| ✱ services infirmiers : | 0,6 heures |

Précisons maintenant le portrait de la clientèle desservie dans les programmes « en soutien à l'intégration ».

3. LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION

Pour décrire la clientèle desservie dans les programmes « en soutien à l'intégration » nous les abordons dans l'ordre suivant :

- 3.1 l'Atelier de travail R.A.R.E.
- 3.2 le Centre de Jour;
- 3.3 le programme d'évaluation de la conduite automobile.

3.1 L'ATELIER DE TRAVAIL R.A.R.E.

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 53 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 52 usagers différents desservis dans le programme. Dans ce programme, on accueille presque essentiellement des personnes connaissant des problèmes neurologiques (92 %; 48/52). En effet, à peine 8 % (4/52) des usagers présentent des problématiques liées à l'orthopédie.

On remarque que :

- ⊗ 60 % (31/52) de la clientèle desservie est de **sex masculin**.
- ⊗ 90 % (47/52) des usagers sont âgés de 18 à 54 ans. Seulement trois personnes amorcent la fin de leur période active de travail (55 à 64 ans). Enfin, deux usagers de l'atelier ont entre 65 et 74 ans.
- ⊗ À l'exception de deux personnes, la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre**. À l'opposé des autres programmes du CRCL, la clientèle réside majoritairement (58 %; 29/50) dans les sous-régions **Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont et St-Luc**. Il n'est pas étonnant que 57,7 % (30/52) des usagers s'expriment en français.
- ⊗ 90 % (47/52) des usagers demeurent dans leur milieu naturel, seulement cinq personnes vivent en milieu substitut.

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

La majorité de la clientèle (57,7 %; 30/52) est référée au programme par des organismes de la communauté (CRDP, CLSC, OSBL, CSST, SAAQ, CABINETS DE MÉDECINS, ETC.)

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES DE PRESTATION SERVICES (HPS)

Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est très faible (15, %; 8 départs/53 usagers). Trop peu d'usagers (2) sont entrés et sortis, entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997, pour nous permettre d'établir une moyenne d'heures services par usager qui reflète la pratique dans ce programme.

3.2 LE CENTRE DE JOUR

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 132 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 128 usagers différents desservis. Dans ce programme, on accueille plutôt des personnes connaissant des problèmes neurologiques (85,9 %; 110/128). En effet, à peine 12,5 % (16/128) des usagers présentent des problématiques liées à l'orthopédie.

On remarque :

- ✱ qu'il y a autant d'hommes que de femmes (50 %; 64/128).
- ✱ 65,6 % (84/128) des usagers sont âgés de 45 à 64 ans. On retrouve également 20,3 % (26/128) de personnes âgées de 65 à 84 ans.
- ✱ 86,7 % des usagers proviennent de la région de **Montréal-Centre** et 13,3 % sont originaires de la **Montérégie**.
- ✱ Les personnes qui habitent la région de Montréal résident, à 78,3 %, dans les sous-régions **Ste-Justine, Général de Montréal, Verdun et Lakeshore**. La majorité (54,7 %; 70/128) des usagers s'exprime en **anglais**.
- ✱ À l'exception de deux personnes, les usagers demeurent dans leur milieu naturel.

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

61,7 % (79/128) de la clientèle a été référée au programme par des centres hospitaliers. Les CLSC de Montréal-Centre effectuent près de 50 % (24/49) des références en provenance de la communauté.

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES DE PRESTATION DE SERVICES (HPS)

Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est faible (25 %; 33 départs/132 usagers). Trop peu d'usagers (10) sont entrés et sortis entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997 pour nous permettre d'établir une moyenne d'heures services par usager qui reflète la pratique dans ce programme.

3.3 ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En 1996-97, 332 inscriptions étaient inventoriées, pour un total de 306 usagers différents desservis dans le programme d'évaluation de la conduite automobile. Selon les diagnostics répertoriés :

- ✱ 81,4 % (249/306) des usagers présentent des problématiques neurologiques;
- ✱ 8,8 % (27/306) des diagnostics sont reliés à l'orthopédie;

- ✱ 5,2 % (16/306) sont des personnes amputées.

On remarque que :

- ✱ 73,5 % (225/306) de la clientèle desservie est de **sex masculin**.
- ✱ Si 63,4 % de la clientèle a entre 18 et 64 ans, 35,3 % des usagers sont âgés de 65 ans et plus.
- ✱ La majorité de la clientèle (53 %) de ce programme provient de la Montérégie (35,6 %) et des **régions limitrophes** (Laval, Laurentides et Lanaudière; 17 %). 43 % seulement des usagers proviennent de la région de Montréal-Centre.
- ✱ 72,2 % (221/306) des usagers s'expriment en **langue française**.
- ✱ À l'exception de deux personnes, les usagers demeurent en **milieu naturel**.

LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

50 % de la clientèle est référée au CRCL par des centres hospitaliers (toutes catégories confondues) et 50 % par des organismes de la communauté.

TAUX DE ROULEMENT ET HEURES DE PRESTATION DE SERVICES (HPS)

Le taux de roulement de la clientèle est très élevé (96,4 %; 320/332) et s'explique par la nature même du programme.

Un usager reçoit 2,3 heures de services échelonnées sur 15,7 jours en moyenne. Ces services sont offerts essentiellement par un ergothérapeute.

Le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants avant de prendre connaissance des clientèles en attente au CRCL.

EN RÉSUMÉ

LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

En 1996-1997, 1610 usagers différents ont été desservis dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles. 65 % (n=1039) des usagers présentaient des diagnostics reliés à l'orthopédie incluant la rhumatologie et 34 % (n=554) vivaient une problématique neurologique. Ces programmes accueillent très peu de personnes amputées (1 %; n=17).

La clientèle desservie est majoritairement féminine (63,5 %) et âgée (55 % ont plus de 65 ans). Les usagers proviennent principalement de la région de Montréal-Centre (90 %) et résident plus particulièrement dans les sous-régions Ste-Justine, Général de Montréal, Verdun et Lakeshore. Notons aussi qu'il s'agit d'une clientèle anglophone (75 %).

55 % de la clientèle est référée au CRCL par les centres hospitaliers (30 % CHSCD et 23 % CHR) et 38 % est référée par les cabinets de médecins et les cliniques privées.

Les taux de roulement des programmes sont élevés (76 % à 89 %). Les interventions en orthopédie présentent la moyenne d'heures de prestation de services la plus élevée (20,8 h par bénéficiaire) et ces interventions s'échelonnent sur la plus longue période (81,6 jours/bénéficiaire). La composante de services principale en orthopédie est la physiothérapie.

LES PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE RÉADAPTATION

- ♦ *Le programme de réadaptation à domicile* a rejoint quant à lui 134 usagers différents dont 61 % ont un diagnostic relié à l'orthopédie. La clientèle est de sexe féminin (75 %) et est très âgée (67 % ont 75 ans et plus). La totalité de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre et se concentre à 70 % dans les districts de CLSC limitrophes au CRCL. Le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth est le principal référant (40 %), suivent les CHSGS (23 %) et les CLSC (22 %). Le taux de roulement est de 63 %. Un usager reçoit en moyenne 17,1 h de prestation de services sur une période de 76,2 jours. Les composantes principales de services sont la physiothérapie suivie de l'ergothérapie.
- ♦ *Le programme évaluation/orientation au travail* a desservi 90 usagers différents. Les problématiques liées à l'orthopédie et à la neurologie sont équivalentes. 70 % de la clientèle est de sexe masculin et 90 % des usagers sont âgés entre 18 et 54 ans. 62 % de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre, alors qu'une proportion importante (24 %) vient de la Montérégie. Une majorité d'usagers (64 %) s'expriment en français et 53 % de cette clientèle est référée par la CSST, la SAAQ ou des assureurs privés. Le taux de roulement est de 79,8 %. Un usager reçoit en moyenne 36 h de services, pour une durée moyenne de 51,2 jours. La composante principale de services est l'ergothérapie.

LES PROGRAMMES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION

- ♦ *L'Atelier de travail R.A.R.E.* a desservi 52 usagers différents en 1996-97. On accueille presque essentiellement des personnes connaissant des problèmes neurologiques (92 %). La clientèle est surtout de sexe masculin (60 %). À l'exception de cinq personnes, les usagers sont âgés de 18 à 54 ans et proviennent de la région de Montréal-Centre. À l'opposé des autres programmes du CRCL, la clientèle réside majoritairement (58 %) dans les sous-régions Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont et St-Luc et s'exprime en français. La majorité de la clientèle (58 %) est référée au programme par des organismes de la communauté (CRDP, CLSC, OSBL, CSST, SAAQ, CABINETS DE MÉDECINS, ETC.). Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est très faible (15 %).
- ♦ *Le Centre de Jour* a accueilli 128 usagers différents connaissant des problèmes neurologiques (86 %). Il y a autant d'hommes que de femmes. Si 66 % des usagers sont âgés de 45 à 64 ans, 20 % ont de 65 à 84 ans. 62 % de la clientèle a été référée au programme par des centres hospitaliers. Les CLSC de Montréal-Centre effectuent près de 50 % (24/49) des références en provenance de la communauté. Le taux de roulement de la clientèle dans ce programme est faible (25 %).
- ♦ 306 usagers différents ont été desservis dans le *programme d'évaluation de la conduite automobile*. Une forte majorité (81 %) présente des problématiques neurologiques. Les usagers sont des hommes (73). Si 63 % de la clientèle a entre 18 et 64 ans, 35 % des usagers sont âgés de 65 ans et plus. La majorité de la clientèle de ce programme provient de la Montérégie (35,6 %) et des régions

limitrophes (Laval, Laurentides et Lanaudière; 17 %). Les références des centres hospitaliers équivalent celles des organismes de la communauté. Le taux de roulement de la clientèle est très élevé (91,6 %; 304/332). Un usager reçoit en moyenne 2,3 heures de services échelonnées sur 15,7 jours. Ces services sont offerts essentiellement par un ergothérapeute.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Ce sont les *programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles* qui desservent le plus grand nombre d'utilisateurs différents (1610). Il y a une concentration de la clientèle en orthopédie (incluant la rhumatologie). La clientèle desservie est composée d'une majorité de femmes âgées de plus de 65 ans, concentrée dans l'ouest de Montréal (90 %). La clientèle est majoritairement référée par les centres hospitaliers et les cabinets privés de médecin. Les taux de roulement de la clientèle sont élevés et les interventions s'échelonnent sur une période allant jusqu'à 80 jours, pour une moyenne d'heures soins pouvant aller jusqu'à 20,8 heures par bénéficiaire.
2. Les *programmes multientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale* sont composés de deux volets.
 - ♦ Le programme de *réadaptation à domicile* a desservi 134 utilisateurs différents. Il s'agit d'une clientèle féminine très âgée et présentant des diagnostics reliés à l'orthopédie/rhumatologie. Le principal référent est le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth. Le taux de roulement est de 63 %. Un usager reçoit en moyenne 17,1 heures de prestation de services sur une période de 76,2 jours.
 - ♦ Le programme *évaluation/orientation au travail* dessert quant à lui 90 utilisateurs différents. Ce sont surtout des hommes âgés entre 18 et 54 ans référés par la CSST, la SAAQ ou des assureurs privés. Le taux de roulement est élevé (79,8 %). Un usager reçoit en moyenne 36 h de services, pour une durée moyenne de 51,2 jours.
3. Les *programmes en soutien à l'intégration* ont trois volets.
 - ♦ L'Atelier R.A.R.E. a desservi 52 utilisateurs, presque essentiellement des personnes connaissant des problèmes neurologiques, âgés de 18 à 54 ans. Le taux de roulement est faible (15 %).
 - ♦ Le *Centre de Jour* a accueilli 128 utilisateurs connaissant plutôt des problèmes neurologiques. La majorité des utilisateurs est âgée de 45 à 64 ans mais 20 % ont de 65 à 84 ans. Le taux de roulement de la clientèle est faible (25 %).
 - ♦ 306 utilisateurs ont été desservis dans le *programme d'évaluation de la conduite automobile*. 35 % des utilisateurs sont âgés de 65 ans et plus. La majorité des utilisateurs provient de la Montérégie (35,6 %) et des régions limitrophes (Laval, Laurentides et Lanaudière; 17 %). Le taux de roulement de la clientèle est très élevé (91,6 %). Un usager reçoit en moyenne 2,3 heures de services échelonnées sur 15,7 jours.

SYNTHÈSE

DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES

CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE

DONNÉES CLIENTÈLES EN TABLEAU

Tableau 2

	TOTAL INSCRIPTION	USAGERS DIFFÉRENTS		SEXES				GROUPES D'ÂGE																
				FÉMININ		MASCULIN		-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-84		85 & +		
		Nbre	% V	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																								
A) Amputés	18	17	1,1%	7	41,2%	10	58,8%	0	0,0%	1	5,9%	3	17,6%	3	17,6%	1	5,9%	6	35,3%	3	17,6%	0	0,0%	
B) Neurologie	576	554	34,4%	252	45,5%	302	54,5%	21	3,8%	41	7,4%	51	9,2%	84	15,2%	89	16,1%	132	23,8%	117	21,1%	19	3,4%	
C) Orthopédie	1088	1039	64,5%	764	73,5%	275	26,5%	5	0,5%	34	3,3%	85	8,2%	139	13,4%	168	16,2%	253	24,4%	290	27,9%	65	6,3%	
TOTAL	1682	1610	100,0%	1023	63,5%	587	36,5%	26	1,6%	76	4,7%	139	8,6%	226	14,0%	258	16,0%	391	24,3%	410	25,5%	84	5,2%	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENNES																								
A) Réadaptation à domicile selon le diagnostic :																								
Amputés		5	3,7%																					
Neurologie		41	30,6%																					
Orthopédie		82	61,2%																					
Autres diagnostics		6	4,5%																					
TOTAL	143	134	100,0%	101	75,4%	33	24,6%	0	0,0%	1	0,7%	2	1,5%	5	3,7%	13	9,7%	23	17,2%	54	40,3%	36	26,9%	
B) Évaluation/orientation travail																								
Amputés		2	2,2%																					
Neurologie		41	45,6%																					
Orthopédie		41	45,6%																					
Autres diagnostics		6	6,7%																					
TOTAL	94	90	100,0%	27	30,0%	63	70,0%	3	3,3%	19	21,1%	34	37,8%	25	27,8%	9	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
PROGRAMMES MULTICLIENNES EN SOUTIEN A L'INTÉGRATION																								
A) Évaluation conduite automobile																								
Amputés		16	5,2%																					
Neurologie		249	81,4%																					
Orthopédie		27	8,8%																					
Autres diagnostics		14	4,6%																					
TOTAL	332	306	100,0%	81	26,5%	225	73,5%	23	7,5%	41	13,4%	40	13,1%	54	17,6%	40	13,1%	52	17,0%	49	16,0%	7	2,3%	
B) Atelier de travail R.A.R.E.																								
Amputés		0	0,0%																					
Neurologie		48	92,3%																					
Orthopédie		4	7,7%																					
Autres diagnostics		0	0,0%																					
TOTAL	53	52	100,0%	21	40,4%	31	59,6%	1	1,9%	16	30,8%	15	28,8%	15	28,8%	3	5,8%	2	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	
C) Centre de jour																								
Amputés		1	0,8%																					
Neurologie		110	85,9%																					
Orthopédie		16	12,5%																					
Autres diagnostics		1	0,8%																					
TOTAL	132	128	100,0%	64	50,0%	64	50,0%	1	0,8%	7	5,5%	10	7,8%	33	25,8%	51	39,8%	21	16,4%	5	3,9%	0	0,0%	

% V = POURCENTAGE À LA VERTICALE
% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE

Tableau 3

	LANGUE D'USAGE				RÉGION DE PROVENANCE								RÉSIDENCE	
	FRANCAIS		ANGLAIS		Montréal Centre 06		Montréal 16		Laval, 13 Laurentides, 14 Lanaudière, 15		Autres régions		Milieu naturel	
	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	%
	PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES													
Amputés	7	41,2%	10	58,8%	13	76,5%	3	17,6%	1	5,9%	0	0,0%	17	100,0%
Neurologie	186	33,6%	368	66,4%	471	85,0%	71	12,8%	11	2,0%	1	0,2%	553	99,8%
Orthopédie	230	22,1%	809	77,9%	964	92,8%	53	5,1%	21	2,0%	1	0,1%	1036	99,7%
Total	431	26,8%	1200	74,5%	1448	89,9%	127	7,9%	33	2,0%	2	0,1%	1606	99,8%
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES														
Réadaptation à domicile	25	18,7%	109	81,3%	134	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	131	97,8%
Évaluation/orientation au travail	58	64,4%	32	35,6%	56	62,2%	22	24,4%	6	6,7%	6	6,7%	90	100,0%
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION														
Évaluation conduite automobile	221	72,2%	85	27,8%	132	43,1%	109	35,6%	52	17,0%	13	4,2%	304	99,3%
Ateliers R.A.R.E.	30	57,7%	22	42,3%	50	96,2%	1	1,9%	1	1,9%	0	0,0%	47	90,4%
Centre de Jour	58	45,3%	70	54,7%	111	86,7%	17	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	126	98,4%

% H= POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE
Tableau 4

TERRITOIRES DE RÉSIDENCE																																	
SOUS-RÉGIONS																																	
C L S C	SACRÉ-COEUR				SAINT-LUC				MAISONNEUVE-ROSEMONT				STE-JUSTINE		GÉN. DE MTL				LAKESHORE		VERDUN		MTL-CENTRE										
	AHUNTSIC	BORD.-CART	MTL-NORD	ST-LAURENT	ST-MICHEL	FAUBOURGS	P. PATRIE	PLATEAU	VILLERAY	HOCH.-MAIS	J.-O-ROUSSIN	M.-E./ANJOU	O.-GUIMOND	R.-D.-P	ST-LÉONARD	ROSEMONT	C-D-N	RENÉ-CASSIN	ST-LOUIS-PARC	MÉTRO	N-D-G	LAC ST-LOUIS		VIEUX LA CHINE	PIERREFONDS	LASALLE	VERDUN						
TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL							
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																																	
Amputés	0				0,0%	1				7,7%	0				0,0%	1			1	7,7%	2			15,4%	5			38,5%	4			30,8%	13
Neurologie	51				10,8%	16				3,4%	12				2,5%	83			83	17,6%	145			30,8%	79			16,8%	85			18,0%	471
Orthopédie	65				6,7%	19				2,0%	21				2,2%	251			251	26,0%	408			42,3%	65			6,7%	135			14,0%	964
TOTAL	116				8,0%	36				2,5%	33				2,3%	335			335	23,1%	555			38,3%	149			10,3%	224			15,5%	1448
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES																																	
Réadaptation à domicile	9				6,7%	6				4,5%	0				0,0%	34			34	25,4%	60			44,8%	5			3,7%	20			14,9%	134
Évaluation/orientation travail	9				16,1%	6				10,7%	9				16,1%	4			4	7,1%	9			16,1%	9			16,1%	10			17,9%	56
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION																																	
Évaluation conduite automobile	24				18,2%	12				9,1%	34				25,8%	15			15	11,4%	11			8,3%	23			17,4%	13			9,8%	132
Atelier de travail R.A.R.E.	13				26,0%	5				3,8%	11				22,0%	1			1	2,0%	9			18,0%	5			10,0%	6			12,0%	50
Centre de Jour	11				9,9%	6				54,5%	7				63,6%	13			13	11,7%	26			23,4%	17			15,3%	31			27,9%	111

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE
Tableau 5

SOURCES DE RÉFÉRENCE																											
CENTRES HOSPITALIERS										COMMUNAUTÉ																	
1 CHS3S		CHSP	CHR	CHSLD	URFI	CR LB	CRGL	2 CLSC	OSBL	BUREAU MEDECIN	CLINIQUE	CSST, SAAQ, ASSURANCES	AUTRES	TOTAL													
Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H												
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																											
Amputés	3	17,6%	0	0,0%	5	29,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%	0	0,0%	1	5,9%	2	11,8%	17								
Neurologie	275	49,6%	9	1,6%	113	20,4%	9	1,6%	2	0,4%	1	0,2%	18	3,2%	30	5,4%	2	0,4%	70	12,6%	12	2,2%	13	2,3%	0	0,0%	554
Orthopédie	214	20,6%	0	0,0%	254	24,4%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	13	1,3%	22	2,1%	0	0,0%	466	44,9%	63	6,1%	3	0,3%	2	0,2%	1039
Total	492	50,6%	9	0,6%	372	23,1%	9	0,6%	4	0,2%	1	0,1%	33	2,0%	54	3,4%	2	0,1%	538	33,4%	76	4,7%	17	1,1%	4	0,2%	1610
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES																											
Réadaptation à domicile	31	23,1%	0	0,0%	54	40,3%	2	1,5%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	29	21,6%	0	0,0%	14	10,4%	2	1,5%	0	0,0%	1	0,7%	134
Évaluation/orientation travail	16	18,0%	0	0,0%	4	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%	1	1,1%	1	1,1%	3	3,4%	7	7,9%	7	7,9%	47	52,8%	1	1,1%	89
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION																											
Évaluation conduite automobile	57	18,6%	0	0,0%	80	26,1%	6	2,0%	10	3,3%	20	6,5%	1	0,3%	16	5,2%	1	0,3%	58	19,0%	11	3,6%	18	5,9%	28	9,2%	306
Ateliers R.A.R.E.	6	11,5%	0	0,0%	9	17,3%	7	13,5%	0	0,0%	4	7,7%	2	3,8%	4	7,7%	0	0,0%	5	9,6%	8	15,4%	2	3,8%	5	9,6%	52
Centre de Jour	31	24,2%	1	0,8%	41	32,0%	4	3,1%	2	1,6%	0	0,0%	5	3,9%	29	22,7%	1	0,8%	9	7,0%	2	1,6%	3	2,3%	0	0,0%	128

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE
1) CHSGS de Montréal-Centre et hors région
2) CLSC de Montréal-Centre et hors région

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997
CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE

Tableau 6

	Taux de roulement %	Durée moyenne d'intervention JOURS	Moyenne (HPS) Heures prestation services
PROGRAMME DE RÉADAPTATION CLIENTÈLE			
Amputés	88,9	49,0	12,8
Neurologie	75,5	75,7	12,2
Orthopédie	79,8	81,6	20,8
Total	78,4	79,3	17,9
PROGRAMME DE RÉADAPTATION MULTICLIENTÈLES			
Réadaptation à domicile Évaluation/orientation au travail	63,6 79,8	76,2 51,2	17,1 36,6
PROGRAMMES MULTICLIENTÈLES EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION			
Évaluation conduite automobile Ateliers R.A.R.E. Centre de Jour	96,4 15,1 25,0	15,7 ----- -----	2,3 ----- -----
Taux de roulement :	nombre total départs/nombre total d'utilisateurs.		
Durée moyenne intervention :	calculée à partir de la date d'inscription et de départ des utilisateurs d'un programme : ne tient pas compte des jours présence.		
HPS :	Les HPS ont été calculées à partir des utilisateurs qui sont entrés et sortis du programme au cours de l'année 1996-1997. Nous avons alloué, au prorata des participants, les HPS des activités de groupe. Notons que la compilation des HPS, au CRCL, se fait à la minute.		

CHAPITRE 4

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre sur l'accessibilité aux services, nous abordons dans un premier temps la gestion des listes d'attente, avant de dégager le portrait de la clientèle. En fin de chapitre nous présentons un résumé des faits saillants.

1. GESTION DES LISTES D'ATTENTE

Au CRCL les listes d'attente sont décentralisées dans chacun des programmes. Ces listes ne comprennent généralement que les nouvelles demandes. En effet, les usagers recevant déjà des services du CRCL sont transférés d'un programme à l'autre; ils ne sont donc pas en attente. Dans ce contexte, l'analyse des listes d'attente ne peut distinguer la clientèle en attente qui reçoit d'ores et déjà des services et celle sans service.

Un client peut-il attendre pour deux programmes? En effet, comme les listes d'attente sont décentralisées, il peut arriver qu'un même usager attende pour deux programmes distincts. Par ailleurs, selon le centre, ce phénomène serait marginal. En traitant les données non nominatives transmises par le CRCL nous ne pouvions identifier de telles situations.

Illustrons dès lors le processus d'inscription en liste d'attente.

PROCESSUS D'INSCRIPTION EN LISTE D'ATTENTE

Dès réception de la demande la personne est inscrite en liste d'attente. La demande est par la suite évaluée pour s'assurer de l'éligibilité de la personne.

Pour certains programmes, il y a un processus de révision des demandes en attente. On pense ici aux programmes de traitement des douleurs chroniques et de fibromyalgie. La révision des demandes en attente se fait via un appel téléphonique pour le programme de traitement de la douleur chronique. Pour le programme de fibromyalgie, une rencontre préliminaire regroupe les personnes en attente. On explique le contenu du programme et l'on vérifie si le programme correspond aux attentes ou besoins des personnes concernées. La révision des listes d'attente se fait trois à quatre fois par année pour les deux types de programme mentionnés.

Notons qu'entre le Centre Constance-Lethbridge et le Centre Lucie-Bruneau, il n'existe pas de mécanisme de vérification en rapport avec des dédoublements possibles sur les listes d'attente. On se questionne par ailleurs sur la possibilité d'échanger des informations entre centres de réadaptation tout en tenant compte de la confidentialité des données.

PRIORITÉS

Les priorités d'accès aux services pour la clientèle en attente sont spécifiques à chacun des programmes. Retenons que trois critères reviennent fréquemment :

- ✱ les personnes qui ont leur congé d'un centre hospitalier;
- ✱ les « cas urgents » selon les problématiques traitées dans un programme spécifique;
- ✱ les usagers qui ont un agent payeur.

Mentionnons que le CRCL poursuit comme objectif de desservir certaines clientèles prioritaires dans un délai de deux semaines lorsque celles-ci doivent être inscrites en liste d'attente (ex. : congés d'un centre hospitalier, cas urgents, usagers ayant un agent payeur).

Le lecteur peut prendre connaissance du tableau qui suit. Il synthétise les critères appliqués par programmes. Par la suite, nous décrirons la clientèle en attente.

Tableau 7 : Priorités de la liste d'attente CRCL

PROGRAMMES	NO DE PRIORITÉ	CRITÈRES
ORTHOPÉDIE	1	♦ Virages ambulatoires référés des hôpitaux généraux ou de convalescence ♦ Cas CSST (agent payeur).
	2 urgent	♦ Fractures - arthroplasties ou autres chirurgies récentes mais qui sont déjà sorties de l'hôpital. ♦ Amputations
	3	♦ Problèmes vertébraux : lombalgie, sciatalgie, lésions sys. ostéo-articulaires, muscles, tissus conjonctifs. ♦ Problème de dos chronique.
RHUMATOLOGIE	1	♦ Virages ambulatoires référés des hôpitaux généraux ou de convalescence. ♦ Cas CSST (agent payeur).
	2 urgent	Conditions arthritiques inflammatoires, ex. : – arthrite rhumatoïde – arthrite psoriasique – spondylarthrite ankylosante – lupus - sclérodermie
	3	Ostéoarthrite - ostéoporose
	4	Fibromyalgie
	15	Cas déjà traités au Centre qui reviennent pour un même problème.

PROGRAMMES	NO DE PRIORITÉ	CRITÈRES
NEUROLOGIE	1	Virages ambulatoires Sclérose latérale amyotrophique
	2 urgent	AVC récents
	3	Autres
TCC	1	Agents payeurs
	2	Autres
CONDUITE AUTO	1	Cas référés par SAAQ, CSST, IVAC (agents payeurs).
	2 urgent	Cas urgents référés de l'interne par une équipe.
	3	Sécurité (problème de conduite mettant la sécurité du public en danger).
	4	Vocationnel (transport travail ou études).
	5	Transport traitements
	6	Autres
	7	Cas référés au garage Ricon
ÉVALUATION ET ORIENTATION AU TRAVAIL	1	Agents payeurs
	2	Cas référés de l'interne
	3	Autres
R.A.R.E.	1	Cas référés de l'interne
	2	Autres
CENTRE DE JOUR	1	Cas référés de l'interne
	2	Autres

2. LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

2.1 RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE SELON LES PROGRAMMES ATTENDUS

Au 1^{er} mars 1998, un total de 428 usagers étaient en attente de services au CRCL. Le tableau qui suit présente dans un ordre décroissant la fréquence de la clientèle en attente. On constate que :

- ✱ la pression de la demande se fait surtout sentir au niveau de deux programmes :

⇒ le programme de rhumatologie qui regroupe 49,3 % (211/428) de la clientèle en attente;

⇒ 37,1 % (159/428) des usagers attendent pour le programme d'évaluation de la conduite automobile. Mentionnons à ce chapitre que le CRCL est le seul

établissement public offrant ce service gratuitement à tous les usagers qui en font la demande.

À l'autre extrême, il y a peu d'usagers en attente pour le Centre de Jour (1) et le programme pour traumatisés crâniens-cérébraux (1).

Tableau 8 : Programmes attendus

PROGRAMMES ATTENDUS	NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE
Rhumatologie	211
Évaluation conduite automobile	159
Orthopédie	21
Neurologie	12
Réadaptation à domicile	8
Évaluation, orientation au travail	8
R.A.R.E.	7
T.C.C.	1
Centre de jour	1
Total	428

2.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

Tous programmes confondus, les usagers en attente sont :

- ✱ majoritairement de sexe féminin (60 %; 257/428).

Fait à remarquer :

⇒ en rhumatologie, la population qui attend est composée à 90 % de femmes. Inversement, pour le programme d'évaluation de la conduite automobile la proportion des hommes en attente est de 80 %.

- ✱ 72 % des usagers en attente proviennent de la région de Montréal et 26 % des régions limitrophes (Monterégie, Laval, Laurentides, Lanaudière).

Fait à remarquer :

⇒ pour l'évaluation de la conduite automobile, les proportions sont inversées. En effet les usagers des régions limitrophes (53 %) sont plus nombreux que les usagers de Montréal-Centre (43 %).

- ✱ À l'exception de cinq personnes, les usagers en attente résident à domicile.

2.3 PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

Si 34,8 % (147/422) des usagers en attente sont référés par des centres hospitaliers toutes catégories confondues, 63,5 % (268/422) sont référés par des organismes de la communauté (cabinets privés de médecins, CR, CLSC, SAAQ, usagers ou ses proches).

✱ Fait à remarquer :

⇒ parmi les références issues de la communauté, 78,7 % (211/268) proviennent des cabinets de médecins et cliniques privées. Les médecins de pratique privée réfèrent surtout pour le programme de rhumatologie.

Apprécions maintenant le temps d'attente de la clientèle dans les divers programmes.

2.4 TEMPS MOYEN D'ATTENTE

Avant d'aborder le temps d'attente pour accéder aux programmes du CRCL, il importe de préciser ce que recouvre cette notion. Le délai d'attente dont il est question ici correspond au temps écoulé depuis la date d'inscription de la personne sur la liste d'attente du CRCL jusqu'au 1^{er} mars 1998. Rappelons que le moment d'inscription sur la liste d'attente correspond à la date de la réception de la demande.

Tous programmes confondus, le temps moyen d'attente est de **3,4 mois**. Le tableau qui suit illustre le temps moyen d'attente par programmes. On constate :

✱ les programmes pour lesquels les temps moyens d'attente sont les plus élevés sont par ordre décroissant :

⇒ l'atelier de travail **R.A.R.E.** où 7 personnes attendent en moyenne depuis **8,2 mois**. Notons que l'atelier R.A.R.E a un très faible taux de roulement.

⇒ En deuxième lieu, c'est en **rhumatologie** que le temps moyen d'attente est parmi les plus élevés, soit **3,9 mois**. C'est également le programme où la pression de la demande se fait le plus sentir (211 usagers en attente).

✱ Faits à remarquer :

⇒ la clientèle souffrant de fibromyalgie est inscrite en liste d'attente lors de la formulation de sa demande de services. Par ailleurs, les sessions de groupe destinées à cette clientèle commencent à période prédéterminée et sont offertes à une douzaine d'usagers à la fois. C'est ainsi que le temps moyen d'attente sera plus élevé pour certains de ces usagers. Si on ne tient pas compte de cette clientèle, le temps moyen d'attente en **rhumatologie** serait à **3,6 mois**.

⇒ La clientèle (21 usagers) nécessitant des services en **orthopédie** attend depuis en moyenne **3,3 mois**.

⇒ En **évaluation de la conduite automobile**, 2^e programme où la pression de la demande se fait le plus sentir, les 159 usagers attendent depuis en moyenne **2,9 mois**.

⇒ Enfin, 8 usagers attendent pour des services **d'évaluation et orientation au travail** depuis en moyenne **2,3 mois**.

✳ Les programmes pour lesquels les temps moyens d'attente sont les moins élevés sont :

⇒ le Centre de Jour, programme pour lequel 1 usager attend depuis 0,1 mois (3 jours). Il peut s'agir ici d'une inscription faite peu avant la cueillette d'information;

⇒ la réadaptation à domicile où 8 usagers attendent depuis en moyenne 0,2 mois (5,4 jours);

⇒ le programme pour traumatisés crâniens-cérébraux pour lequel un usager attend depuis 0,5 mois (16 jours). Remarquons qu'exceptionnellement cet usager est en attente suite à l'annulation d'une clinique médicale.

⇒ enfin, la clientèle (12 usagers) nécessitant des services de neurologie attend en moyenne depuis 0,7 mois, soit environ depuis 22 jours.

Tableau 9 : Temps moyen d'attente par programmes attendus

PROGRAMMES ATTENDUS	TEMPS MOYEN D'ATTENTE EN MOIS
R.A.R.E.	8,2
Rhumatologie	3,9
Orthopédie	3,3
Évaluation conduite automobile	2,9
Évaluation, orientation au travail	2,3
Neurologie	0,7
T.C.C.	0,5
Réadaptation à domicile	0,2
Centre de jour	0,1
Total	3,4

2.5 RÉPARTITION DU VOLUME D'USAGERS EN ATTENTE SELON LES MOIS D'ATTENTE

Si l'on répartit le volume d'usagers en attente selon 4 catégories, à savoir : les usagers qui attendent depuis a) 1 mois et moins, b) entre 2 à 6 mois, c) entre 7 à 12 mois, d) 13 mois et plus, on constate tous programmes confondus :

✳ 26 % (111/428) des usagers attendent depuis 1 mois et moins;

✳ 60 % (255/428) des usagers attendent depuis 2 à 6 mois;

✳ 12 % (52/428) des usagers attendent depuis 7 à 12 mois;

✳ une très petite portion des usagers (2,3 %; 10/428) attendent depuis 13 mois et plus.

Fait à noter, c'est essentiellement dans trois programmes que l'on retrouve les usagers en attente depuis plus de 13 mois :

- ⇒ atelier de travail R.A.R.E. : 3/7 usagers
- ⇒ orthopédie : 1/21 usagers
- ⇒ rhumatologie : 6/211 usagers

Le lecteur peut consulter le résumé des faits saillants avant de lire la conclusion.

EN RÉSUMÉ

Les listes d'attente sont décentralisées dans chaque programme et ne comprennent généralement que les nouvelles demandes. En effet, les usagers déjà inscrits au Centre sont transférés d'un programme à l'autre lorsque requis. Selon le Centre, il serait marginal qu'un usager attende pour deux programmes distincts.

Dès réception de la demande la personne est inscrite en liste d'attente. La demande est par la suite évaluée pour s'assurer de l'éligibilité de la personne. Entre le Centre Constance-Lethbridge et le Centre Lucie-Bruneau, il n'existe pas de mécanisme de vérification formelle en rapport avec des dédoublements possibles sur les listes d'attente. On se questionne, par ailleurs, sur la possibilité d'échanger des informations entre centres de réadaptation tout en tenant compte de la confidentialité des données.

Trois **critères de priorisation** reviennent fréquemment : les personnes qui ont leur congé d'un centre hospitalier, les cas urgents et les usagers qui ont un agent payeur.

Au 1^{er} mars 1998, un **total de 428 usagers étaient en attente de services**. 86,4 % des personnes en attente le sont pour deux programmes : rhumatologie (211 personnes) et évaluation de la conduite automobile (159 personnes). Dans le cas de la conduite automobile, seulement 42,8 % des personnes proviennent de la région de Montréal-Centre.

Le **temps moyen d'attente** est calculé de la date d'inscription sur la liste d'attente jusqu'au 1^{er} mars 1998. Tous programmes confondus, le temps moyen d'attente est de 3,4 mois. C'est pour l'Atelier de travail R.A.R.E. que la durée moyenne d'attente est la plus élevée (8,2 mois).

Le volume d'usagers en attente selon les mois d'attente se répartit comme suit :

26 % (111/428)	1 mois et moins
60 % (255/428)	2 à 6 mois
12 % (52/428)	7 à 12 mois
1,3 % (10/428)	13 mois et plus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Au CRCL, la durée moyenne d'attente est appréciée à partir du dépôt d'une demande.
2. Il n'existe pas avec le Centre Lucie-Bruneau de mécanisme pour vérifier les dédoublements possibles sur les listes d'attente.
3. Les demandes en provenance des centres hospitaliers sont priorisées, tout comme les demandes urgentes et celles supportées par un agent payeur.

4. Au 1^{er} mars 1998, 428 usagers étaient en attente de services principalement dans deux programmes : rhumatologie (211) et évaluation de la conduite automobile (159).
5. Notons que la pression se fait surtout sentir au niveau des programmes où le CRCL détient l'expertise (rhumatologie) ou offre un service public gratuit à tous usagers qui en fait la demande (conduite automobile).
6. Tous programmes confondus, la durée moyenne d'attente est de 3,4 mois. 86 % des 428 usagers (n=366) attendent depuis six mois et moins.

CONCLUSION

Pour conclure nous rappelons les principaux éléments qui caractérisent le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

MISSION

Le Centre Constance-Lethbridge est un centre de réadaptation dont la mission est d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes vivant avec une déficience motrice. Il se distingue par sa spécialisation en rhumatologie. L'établissement cible une clientèle dont les incapacités sont significatives et persistantes. Par ailleurs, il dessert également une clientèle dont les incapacités sont « permanentes mais non sévères au plan de l'atteinte à l'autonomie fonctionnelle ». Pour cette dernière clientèle, on a resserré les critères d'admissibilité et cherché à la réorienter.

CHANGEMENTS

Des changements majeurs sont planifiés. On restructure la Direction des programmes de réadaptation et l'on entend développer de nouveaux services (ex. : centre polyvalent d'activités, module de travail adapté). On a développé une alliance stratégique avec le Centre hospitalier Catherine Booth en vue d'étudier la pertinence d'un projet de fusion.

ARTICULATION

Au plan de l'articulation, le CRCL a établi des corridors préférentiels de référence avec des centres hospitaliers de soins de courte durée et travaille à en établir d'autres. Notons une alliance privilégiée avec le Centre hospitalier de réadaptation Catherine Booth relativement à la poursuite de services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe. Le CRCL s'est arrimé avec les CLSC de son territoire pour éviter les dédoublements dans le cadre de son programme de réadaptation à domicile. À ce niveau, le Centre intervient de façon variable en fonction de l'implication des CLSC. Avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, le CRCL vise une meilleure complémentarité de services.

PROGRAMMES ET MODALITÉS DE PRESTATION DE SERVICES

En 1996-97, la programmation de services du Centre comprend :

- ♦ 4 grands programmes de réadaptation axée sur l'intégration sociale visant des clientèles cibles : *neurologie, traumatologie craniocérébrale, orthopédie et rhumatologie*;
- ♦ 2 programmes multiclientèles de réadaptation axée sur l'intégration sociale : la *réadaptation à domicile* et *l'évaluation/orientation au travail*;
- ♦ enfin, on distingue 3 programmes de soutien à l'intégration : *l'Atelier de travail R.A.R.E.*, le *Centre de Jour* et *l'évaluation de la conduite automobile*.

Le Centre se particularise par son offre de services de réadaptation fonctionnelle intensive et de traitement des douleurs chroniques aux usagers des programmes clientèles ainsi qu'aux usagers du programme

de réadaptation à domicile. Enfin, le CRCL se distingue en n'offrant ses services que sur une base externe exclusivement.

OBJECTIFS POURSUIVIS ET SERVICES OFFERTS

Tous programmes confondus et globalement, les objectifs poursuivis visent le développement de l'autonomie fonctionnelle, personnelle, sociorésidentielle et professionnelle.

Globalement, la gamme de services offerts couvre les dimensions suivantes : services d'évaluation, services cliniques spécialisés et ultraspécialisés, évaluation/attribution et entraînement à l'utilisation d'aides techniques, services de soutien à la personne et à ses proches, services d'intégration, évaluation et développement des capacités de travail et entraînement aux habitudes de travail, enseignement à l'usager et ses proches, consultation/conseil aux intervenants de la communauté.

CLIENTÈLES DESSERVIES

En 1996-97, deux grands profils de clientèle se dégagent. Dans les programmes de réadaptation ciblant des clientèles et le programme de réadaptation à domicile le profil de la clientèle desservie est le suivant :

- ◆ on dénombre une majorité de femmes;
- ◆ la population est âgée (65 ans et plus);
- ◆ on note une prédominance de personnes présentant des diagnostics orthopédiques (incluant la rhumatologie);
- ◆ les usagers habitent la région de Montréal et résident dans l'ouest de Montréal;
- ◆ les personnes sont d'expression anglaise;
- ◆ les principaux référents sont des centres hospitaliers et des médecins de pratique privée;
- ◆ les taux de roulement de la clientèle sont élevés et varient entre 64 % et 89 %;
- ◆ les moyennes des heures de prestations de services varient entre 12,2 heures et 20,8 heures et s'échelonnent entre 49 jours et 82 jours.

Dans les programmes multientèles d'évaluation/orientation au travail et les programmes en soutien à l'intégration sociale le profil de la clientèle desservie est différent :

- ◆ en évaluation/orientation au travail et en évaluation pour la conduite automobile on dénombre une majorité d'hommes;
- ◆ les adultes âgés de 18-65 ans prédominent;
- ◆ les usagers présentent très majoritairement des diagnostics neurologiques;
- ◆ les usagers habitent la région de Montréal mais une forte proportion provient des régions limitrophes. En évaluation de la conduite automobile, la majorité des usagers vit hors région;
- ◆ une proportion importante d'usagers résident dans le centre-est et l'est de Montréal;
- ◆ les personnes d'expression française prédominent;
- ◆ les organismes de la communauté sont les principaux référents ou réfèrent de façon paritaire avec les centres hospitaliers;
- ◆ les taux de roulement de la clientèle sont, soit très élevés (évaluation de la conduite automobile) soit très faibles (R.A.R.E. et Centre de Jour).

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Le CRCL porte une grande attention à ses listes qu'il gère avec des critères de priorité. Ces critères favorisent la clientèle ambulatoire qui a son congé de l'hôpital, les « cas » urgents et les usagers avec des agents payeurs.

On retient qu'au 1^{er} mars 1998, un total de 428 usagers étaient en attente de services. 86,4 % des personnes en attente le sont essentiellement pour deux programmes : rhumatologie (211 personnes) et évaluation de la conduite automobile (159 personnes). Dans le cas de la conduite automobile, seulement 42,8 % des personnes proviennent de la région de Montréal-Centre.

Tous programmes confondus, la durée moyenne d'attente est de 3,4 mois. 86 % des 428 usagers (n=366) attendent six mois et moins. C'est pour l'Atelier de travail R.A.R.E. que la durée moyenne d'attente est la plus élevée (8,2 mois).

Trois programmes nous apparaissent donc problématiques du point de vue de l'accès. Le programme de réadaptation en rhumatologie, le programme d'évaluation de la conduite automobile et l'Atelier de travail R.A.R.E.



Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge
Rehabilitation Centre

MISE À JOUR DES DONNÉES DU CENTRE DE RÉADAPTAION CONSTANCE LETHBRIDGE AU SUJET DU BILAN DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE LA RÉGIE RÉGIONALE

- Signature d'une entente avec MacKay et mise en place d'un continuum pour la clientèle déficiente motrice cérébrale de MacKay.
- Discussion avec les CLSC pour accroître la complémentarité des services avec le programme de réadaptation à domicile du CRCL en tenant compte de notre mission.
- Entente avec les CLSC de l'ouest de la région de Montréal , à être déposée à la Régie régionale prochainement pour approbation .
- Révision des critères d'inscription pour n'accepter que la clientèle avec des incapacités significatives et persistantes. Nous avons réorienté 221 clients vers les centres hospitaliers et le secteur privé au cours des 4 premières périodes de cette année. Les médecins référents, les CLSC et les hôpitaux généraux ont été informés de cette orientation.
- Développement d'un centre communautaire d'activités pour la clientèle en phase IV afin d'assurer l'accès à un continuum de services pour la clientèle du CRCL.

7-10-1998

MONOGRAPHIE

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

INTRODUCTION

Cette monographie de l'Institut de réadaptation de Montréal aborde les thématiques suivantes :

Chapitre 1 : présentation générale de l'IRM.

Chapitre 2 : les programmes offerts.

Chapitre 3 : les clientèles desservies.

Chapitre 4 : l'accessibilité aux services.

En fin de chaque chapitre, le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants ainsi que les éléments organisationnels à retenir.

Nous concluons en synthétisant les composantes essentielles de l'activité de l'Institut de réadaptation de Montréal.

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'IRM

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre nous présentons brièvement l'Institut de réadaptation de Montréal en abordant dans l'ordre :

1. sa mission, ses clientèles et son approche.
2. Nous esquissons par la suite la structure organisationnelle de l'Institut et abordons les changements prévus à court terme.
3. Nous identifions les programmes et cliniques tels que nommés dans la structure organisationnelle. Nous spécifions du même trait les programmes mis en oeuvre dans des contextes particuliers ou en partenariat avec des établissements du réseau de la santé.
4. Nous nous attardons au processus d'admission de la clientèle et décrivons le cheminement des usagers à travers les programmes.

En fin de chapitre le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants.

1. MISSION

L'IRM est un centre hospitalier de soins de courte durée spécialisé en réadaptation. Il est affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement et la recherche.

En 1996-97, l'IRM avait un financement global de l'ordre 15,5 millions de dollars pour ses activités principales.

CLIENTÈLES

L'Institut a développé un ensemble de programmes de réadaptation spécialisés et ultraspecialisés ciblant des clientèles dont les incapacités sont sévères et persistantes²¹.

APPROCHE

L'IRM favorise le concept de réadaptation globale et une approche éducative auprès de l'utilisateur. Chaque programme clientèle est codirigé par un chef médical et un coordonnateur clinique et les professionnels de la réadaptation y sont regroupés en équipes interdisciplinaires. Le plan d'intervention individualisé est développé et réalisé avec l'implication du bénéficiaire et de sa famille.

2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Outre les directions de la recherche, des services administratifs et des services professionnels, le plan organisationnel distingue trois grandes

²¹ Les clientèles connaissant des incapacités en général récidivantes ou chroniques sont éligibles en clinique externe seulement. En effet, un physiatre reçoit en consultation externe des personnes ayant une déficience du système locomoteur pouvant entraîner des incapacités temporaires. Ces consultations ont pour seul objectif l'enseignement aux résidents de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, selon les termes d'un contrat d'affiliation conclu entre les deux établissements.

directions de services à la clientèle. Ce sont : la Direction des soins infirmiers, la Direction du programme des aides technologiques et la Direction des programmes et des services de réadaptation.

La présente étude cible spécifiquement les programmes de la Direction des programmes et services de réadaptation. Il va sans dire que le programme des aides techniques joue un rôle de tout instant dans l'actualisation des programmes de réadaptation : nous décrirons leur apport. Par ailleurs un inventaire²² exhaustif des services d'aides techniques a été réalisé en 1997. Nous ne cernerons donc pas le contour de ces programmes dans l'actuelle démarche.

En février 1998, la Direction des programmes et services de réadaptation emprunte une structure matricielle qui évoluera vers une structure décentralisée par programme au terme du processus de réorganisation en cours. On y retrouve actuellement **cinq grands programmes clientèles** auxquels sont juxtaposés **six services cliniques**. Les services d'ergothérapie, de physiothérapie, de psychologie, d'orthophonie, les services sociaux et de loisirs regroupent l'ensemble des personnes assignées aux équipes multidisciplinaires de chaque programme.

Des changements sont actuellement à l'étude quant au nombre de programmes clientèles devant prendre place dans la nouvelle structure. Les interrogations à ce sujet sont justifiées par le besoin d'une mobilité accrue des ressources cliniques étant donné les fluctuations des demandes de services dans certains programmes. Les programmes clientèles desservent actuellement les bénéficiaires admis à l'IRM. Toutefois, certains bénéficiaires peuvent continuer à y être suivis sur une base externe par l'équipe multidisciplinaire après leur congé. Dans le cadre de la réorganisation des soins et services, l'un des objectifs poursuivis est que tous les bénéficiaires, qu'ils soient admis ou inscrits à l'IRM, soient intégrés à l'un des programmes clientèles.

Identifions dès lors les programmes et cliniques tels que nommés dans la structure organisationnelle, en février 1998, au moment de la cueillette d'information.

3. LES PROGRAMMES ET CLINIQUES TELS QUE NOMMÉS PAR L'IRM

LES PROGRAMMES

En février 1998, on distingue les programmes²³ suivants :

- ♦ le programme pour les **personnes ayant subi une blessure médullaire**. Ce programme est offert dans le cadre du Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec. Le Centre d'expertise, mis en oeuvre en 1997, est formé d'un consortium de trois établissements : l'Hôpital du Sacré-Coeur, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et l'IRM.
- ♦ Le programme pour les **personnes ayant subi une amputation**. L'IRM, l'Hôpital Lindsay de réadaptation et l'Hôpital Villa Médica

²² RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. Direction de la programmation et coordination, Secteur intégration sociale. ZICAT CÔTÉ, Marie-France. Rapport : Inventaire des services d'aides techniques, juin 1997, 76 pages.

²³ L'IRM reçoit en outre des clientèles présentant des déficiences autres que celles visées par les cinq programmes clientèles. Ces clientèles vivant avec des déficiences découlant d'atteintes de nature orthopédique ou de nature neurologique ou neuromusculaire dégénérative (ex : SEP, SLA, etc.) sont intégrées, selon le profil de leurs besoins, dans les programmes existants.

ont présenté un projet conjoint à la Régie régionale. Ce projet vise à dispenser les services de réadaptation aux personnes amputées de la région de Montréal-Centre. Le projet, supporté par la Régie régionale pour une durée d'un an, doit être évalué avant d'être reconnu à titre de programme régional.

- ♦ Le programme pour personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC). L'IRM fait partie du consortium d'établissements régionaux impliqués auprès des clientèles connaissant des troubles graves du comportement. À cet effet, l'Institut a mis sur pied une équipe clinique qui a développé l'expertise requise. Cette expertise offerte aux TCC peut être généralisée auprès de la clientèle des autres programmes, s'il y a lieu (ex. : AVC).
- ♦ Le programme pour personnes vivant avec un déficit moteur cérébral (DMC).
- ♦ Le programme pour personnes ayant vécu un accident vasculaire cérébral (AVC).

Tel que ci-dessus mentionné, certains programmes sont offerts dans le cadre de mandats ou projets particuliers. Ajoutons qu'au moment de la cueillette d'information, des travaux étaient en cours pour la reconnaissance, par le MSSS, de services « ultraspécialisés » également appelés « services nationaux ». On réfère ici aux programmes déjà existants de l'IRM à savoir :

- ♦ les services pour personnes ayant subi certains types d'amputation et les services dispensés dans le cadre du Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec;
- ♦ les interfaces d'accès et systèmes permettant d'optimiser la mobilité, la communication, l'accès à l'ordinateur et le contrôle de l'environnement et les prothèses et aides techniques optimisant la réinsertion professionnel et la pratique des sports et loisirs.

Outre les programmes clientèles, on distingue à l'IRM les cliniques spécialisées et les cliniques externes.

LES CLINIQUES SPÉCIALISÉES

Les équipes cliniques de certains programmes ont développé, au cours des dernières années, une expertise particulière en regard de problématiques liées à une déficience donnée, de problèmes de santé physique ou encore en fonction de besoins particuliers de la clientèle. Elles actualisent cette expertise dans le cadre de « cliniques spécialisées ».

Les équipes desservent la clientèle interne d'un programme particulier. Toutefois, selon la disponibilité des ressources, les usagers d'autres programmes présentant un besoin et/ou un problème relié à l'expertise d'une clinique spécialisée peuvent y être référés. Si au moment du congé d'un usager admis le besoin ou la problématique perdure, cet usager pourra continuer à y être suivi sur une base externe.

Les cliniques spécialisées²⁴ sont :

1. clinique de la spasticité
2. clinique de la douleur
3. clinique d'urodynamie et d'urologie

²⁴ Les cliniques des fauteuils roulants et de positionnement sont également offertes.

4. clinique de la fertilité
5. clinique du vieillissement
6. clinique de la déglutition
7. clinique de la communication
8. clinique d'accès à l'ordinateur.

LES CLINIQUES EXTERNES

Les cliniques externes regroupent les **consultations médicales** sur une base externe. La clientèle est vue pour consultation ou suivi par des médecins physiatres, par d'autres médecins consultants (psychiatre, urologue, sexologue) ou pour électromyographie. Selon les besoins, le client vu en clinique externe pourra être admis dans un programme, poursuivre un suivi médical externe ou être référé dans l'un ou l'autre des services cliniques pour intervention thérapeutique.

La clientèle externe est prise en charge dans un service clinique selon la disponibilité des ressources qui sont, de façon générale, affectées prioritairement à la clientèle hospitalisée et prise en charge dans l'un ou l'autre des programmes.

Décrivons maintenant le processus d'admission de la clientèle à l'IRM en spécifiant l'articulation avec les partenaires du réseau de la santé.

4. ADMISSION ET ARTICULATION

PROCESSUS D'ADMISSION

La clientèle est référée à l'IRM par des médecins d'hôpitaux de courte durée (soins aigus) de la région de Montréal et d'autres régions de la province²⁵. L'admission à l'IRM est faite par le physiatre traitant. Le processus d'admission comporte des spécificités selon les programmes.

Blessés médullaires

Tel que mentionné précédemment, les personnes ayant une blessure médullaire cheminent dans le cadre du continuum de soins et services lié au Centre d'expertise des blessés médullaires de l'Ouest du Québec. Donc, à quelques exceptions près, les usagers sont transférés de l'unité de traumatologie de l'Hôpital du Sacré-Coeur à l'IRM, par les physiatres membres du programme « blessés médullaires ». Dès l'admission à l'Hôpital du Sacré-Coeur, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau est impliqué au niveau du Centre d'expertise. S'il s'agit d'un patient de la région de Montréal, s'il y a un besoin de soutien à l'intégration sociale, le bénéficiaire sera transféré au CRLB. S'il vient d'une région extérieure, dès que l'on planifie le congé, le CR régional est avisé et collabore avec l'IRM à préparer le retour dans la région.

Pour les usagers référés par l'Hôpital Charles Lemoyne, l'Hôpital Général de Montréal ou d'autres hôpitaux hors région, la demande reçue à l'accueil est enregistrée sur la liste des rendez-vous (clinique externe) de l'un ou l'autre des physiatres du programme « blessés médullaires ». Ces derniers décident ou pas d'admettre l'utilisateur suite à une évaluation médicale. Une fois admis au programme, une évaluation par l'équipe de programme précède l'élaboration d'un plan de service individualisé (PII).

²⁵ Dans l'approche de décentralisation des services vers les régions, seuls continueront d'être référés à l'IRM les usagers nécessitant des services spécialisés et ultraspecialisés ainsi que les bénéficiaires ne pouvant avoir accès dans leur région à des services répondant à leurs besoins compte tenu de la déficience et des incapacités.

Personnes amputées

Tel que mentionné précédemment, l'IRM, l'Hôpital Lindsay et l'Hôpital Villa Médica sont associés pour desservir la clientèle amputée de la région. La promotion des services se fait, via un physiatre et le directeur médical du programme, auprès des médecins chirurgiens orthopédiques des centres hospitaliers de la région. L'admission de la clientèle au programme se fait suite à l'évaluation par le physiatre des usagers référés des CHSCD. Il existe actuellement certains corridors privilégiés avec les centres hospitaliers Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont et le pavillon Notre-Dame du CHUM.

Personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC)

L'admission au programme se fait sur références médicales et suite à l'évaluation par le physiatre lors d'une consultation en clinique externe. L'utilisateur sera admis ou, selon ses besoins, sera vu par l'un ou l'autre des services cliniques sur une base externe. À l'instar du programme « blessés médullaires », les physiatres du programme TCC travaillent à consolider des corridors de transferts des centres hospitaliers de traumatologie (Hôpital Général de Montréal, Hôpital du Sacré-Coeur) vers l'IRM et entre l'IRM et les centres de réadaptation.

Personnes vivant avec un déficit moteur cérébral (DMC)

Le physiatre traitant et le chef du programme DMC recommandent des usagers à l'IRM. Une minorité seulement d'utilisateurs sont hospitalisés (motifs très spécifiques). Les clients desservis par ce programme sont des adultes qui ont été suivis par l'Hôpital Marie Enfant ou à l'Hôpital Ste-Justine jusqu'à 18 ans. Ces clients peuvent faire eux-mêmes une démarche suite à un problème fonctionnel. Ils peuvent être référés par leur médecin traitant suite à un épisode de soins aigus ou par un centre de réadaptation pour consultation (2^e expertise).

La majorité de la clientèle desservie par le programme DMC réside dans les régions limitrophes de Montréal-Centre. Si une problématique d'intégration socioprofessionnelle est identifiée, la personne pourra être référée au CR Lucie-Bruneau avec qui des liens en ce sens ont été établis.

Les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC)

La clientèle référée au programme AVC est en grande partie une clientèle ayant subi un AVC suite à une complication d'une problématique de santé. Les neurochirurgiens et les neurologues sont alors les médecins référents. Une autre partie des clients provient des demandes de centres hospitaliers de soins de courte durée, alors qu'ils transmettent une demande à tous les Centres hospitaliers de réadaptation en vue de transférer le plus rapidement possible leurs patients.

5. CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE DANS LES PROGRAMMES ET CLINIQUES À L'IRM

L'admission d'un usager à un programme donné est déterminée en fonction de la déficience engendrant les incapacités. Les usagers ne circulent donc pas d'un programme clientèle à l'autre. Une fois admis dans un programme, l'utilisateur y poursuit son processus de réadaptation avec la même équipe jusqu'à son congé. Pendant son hospitalisation ou suite à son congé, l'utilisateur peut être desservi ou suivi dans les cliniques spécialisées appropriées à ses besoins.

Un usager peut consulter un médecin en clinique externe sans être hospitalisé et admis dans un programme clientèle. Toutefois, selon la disponibilité des ressources, il pourra bénéficier d'un suivi médical ou de services d'ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, etc., dispensés sur une base externe.

Nous invitons le lecteur à prendre connaissance du résumé qui suit avant d'aborder la description des programmes.

EN RÉSUMÉ

L'Institut de réadaptation de Montréal est un centre hospitalier de soins de courte durée, affilié à l'Université de Montréal et spécialisé en réadaptation. Il a développé un ensemble de programmes de réadaptation spécialisés et ultraspécialisés ciblant des clientèles dont les incapacités sont sévères et persistantes.

Au plan de la **structure administrative**, nous retenons qu'en février 1998, la Direction des programmes et services de réadaptation emprunte une structure matricielle qui évoluera vers une structure décentralisée par programme au terme du processus de réorganisation en cours. On y retrouve actuellement cinq grands programmes clientèles composés d'équipes multidisciplinaires auxquelles sont juxtaposés les services cliniques.

Les **programmes** sont : programme pour les personnes ayant subi une blessure médullaire; programme pour personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC); programme pour personnes vivant un déficit moteur cérébral (DMC); programme pour personnes ayant vécu un accident vasculaire cérébral (AVC).

Ajoutons que le MSSS étudie la possibilité de reconnaître certains services ultraspécialisés ou nationaux.

Au chapitre des **cliniques spécialisées** mentionnons : la clinique de spasticité, de la douleur, d'urodynamie, de la fertilité, du vieillissement, de la déglutition, de la communication et d'accès à l'ordinateur. Ces cliniques desservent la clientèle interne et peuvent assurer un suivi externe après le congé des personnes hospitalisées. Les **cliniques externes** quant à elles regroupent les consultations médicales et les services d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie, de psychologie et les services sociaux prescrits par les physiatres.

Pour être admise, la clientèle est référée par les médecins de centres hospitaliers de courte durée (soins aigus) de la région et d'autres régions de la province. L'admission à l'IRM est faite par le physiatre traitant.

Certaines **procédures d'admission** sont tributaires de l'**articulation** avec des partenaires. On pense notamment ici :

- ♦ au continuum de services offerts conjointement par le Centre hospitalier du Sacré-Coeur, l'IRM et le CRLB dans le cadre du Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec;
- ♦ au programme pour personnes amputées offert conjointement par les Centres hospitaliers de réadaptation Lindsay, Villa Médica et l'IRM;
- ♦ au programme pour traumatisés cranio-cérébraux pour lequel les physiatres travaillent à consolider des corridors de services entre les centres hospitaliers Général de Montréal, du Sacré-Coeur, l'IRM et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

En aval des programmes offerts par l'IRM, le CRLB est le principal établissement de référence pour des personnes de Montréal-Centre dont l'intégration sociorésidentielle ou socioprofessionnelle est complexe.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. La mission première de l'IRM répond principalement à la clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes.
2. La structure administrative est en transformation, et ce, plus particulièrement pour la Direction des programmes et services de réadaptation. Cette direction évoluera vers une structure décentralisée par programme.
3. Le MSSS étudie la possibilité de reconnaître certains services ultraspécialisés : certains types d'amputation, déficit moteur cérébral, services dispensés pour les blessés médullaires, etc.
4. Les programmes clientèles sont dédiés aux : blessés médullaires, personnes amputées, TCC, DMC, AVC.
5. Les cliniques spécialisées s'adressent à la clientèle hospitalisée et à la clientèle externe; elles assurent au besoin un suivi posthospitalisation. On retrouve des cliniques : de la spasticité, du traitement de la douleur, d'urodynamie, de la fertilité, du vieillissement, de la déglutition, de la communication, de l'accès à l'ordinateur;
6. Plusieurs de ces programmes présentent des particularités quant à l'admission, et ce, en fonction de l'articulation avec des partenaires. On pense aux blessés médullaires (Sacré-Coeur et Centre de réadaptation Lucie-Bruneau), aux personnes amputées (Lindsay, Villa Médica), aux traumatismes crânio-cérébraux (Général de Montréal, Sacré-Coeur, Lucie-Bruneau).
7. En aval des programmes offerts, l'IRM s'est principalement articulé avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

CHAPITRE 2

LES PROGRAMMES

MISE EN SITUATION

Dans ce chapitre, nous présentons les programmes offerts, en 1996-97, à l'Institut de réadaptation de Montréal, à savoir :

- ♦ le programme pour les **personnes ayant subi une blessure médullaire**;
- ♦ le programme pour les **personnes ayant subi une amputation**.
- ♦ le programme pour personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC).
- ♦ le programme pour personnes vivant avec un déficit moteur cérébral (DMC).
- ♦ le programme pour personnes ayant vécu un accident vasculaire cérébral (AVC).

La description de chacun des programmes clientèles tels que nommés par l'IRM dans sa structure organisationnelle nous aurait conduits à un exercice répétitif. Nous dégageons plutôt des programmes de réadaptation visant des clientèles cibles, les tronc communs et les distinctions. Nous colorons par ailleurs nos propos à l'aide d'exemples spécifiques pour certaines clientèles.

La description des programmes emprunte les paramètres suivants :

1. les critères d'admission;
2. les buts et objectifs poursuivis;
3. les services et activités offerts;
4. les modes de prestation des services offerts.

En fin de chapitre le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants.

1. LES CRITÈRES D'ADMISSION

De façon globale, les critères d'admission dans les programmes de réadaptation clientèle sont les suivants :

- ♦ avoir 18 ans et plus;
- ♦ avoir une condition médicale stabilisée, c'est-à-dire ne pas nécessiter de services médicaux/hospitaliers ultraspécialisés. Le patient bénéficie toutefois, à l'IRM, de services médicaux/hospitaliers visant à stabiliser son état de santé;
- ♦ présenter un potentiel de réadaptation et être motivé;
- ♦ être en mesure de suivre le programme de réadaptation fonctionnel qui s'offre de façon intensive (généralement 5 jours/semaine);
- ♦ ne pas présenter de la confusion ou des troubles du comportement qui compromettraient le processus de réadaptation.

Les **personnes amputées** ne peuvent être admises à l'IRM pour un processus de transition. Elles doivent être aptes à suivre le programme de réadaptation au moment de leur hospitalisation. Enfin, les critères

d'admission concernant la clientèle **blessé médullaire** ont été levés dans le cadre du Centre d'expertise pour l'Ouest du Québec.

Regardons dès lors les buts et objectifs poursuivis dans les programmes clientèles.

2. BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

De façon générale, les programmes clientèles ont pour but ultime de développer l'autonomie personnelle et sociorésidentielle de la personne en :

- ♦ stimulant la récupération maximale des capacités physiques, cognitives, communicatives et affectives;
- ♦ compensant les déficits particuliers;
- ♦ préparant le retour dans le milieu de vie de la personne et l'actualisation de ses rôles sociaux dans les différents contextes de vie.

Les objectifs généraux des programmes peuvent se résumer ainsi :

- ♦ identifier et prévenir les complications médicales;
- ♦ développer au maximum les capacités de la personne et réduire/compenser les déficiences;
- ♦ stimuler et favoriser l'acquisition des habiletés nécessaires à un fonctionnement autonome dans les situations psychosociales et les activités de la vie quotidienne;
- ♦ prévenir les problèmes psychosociaux via l'identification d'un ensemble de facteurs favorisant le retour adapté à domicile;
- ♦ responsabiliser l'usager via l'éducation et l'intégration des apprentissages;
- ♦ préparer la personne au retour à domicile, aux études et au travail ou, pour des problématiques complexes, la référer à des programmes d'intégration sociorésidentielle et socioprofessionnelle offerts par les centres de réadaptation.

Les objectifs poursuivis tiennent compte du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience.

De plus, lorsque l'articulation avec des partenaires est bien établie, l'IRM mettra l'accent sur certains objectifs. On pense notamment aux blessés médullaires pour lesquels les objectifs de réadaptation sont axés sur le développement des capacités fonctionnelles et la récupération de l'identité, alors que les objectifs d'intégration sociorésidentielle sont poursuivis par le Centre Lucie-Bruneau.

Abordons maintenant les services offerts dans les programmes clientèles.

3. LES SERVICES ET ACTIVITÉS OFFERTS

La gamme de services généralement accessible dans les programmes clientèles réfère à :

- ♦ l'évaluation des besoins par un physiatre et l'équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste,

psychologue, neuropsychologue, travailleur social, nutritionniste, etc.);

- ◆ la stabilisation de l'état de santé;
- ◆ l'évaluation et la prestation des soins infirmiers et d'assistance;
- ◆ la récupération ou l'optimisation des capacités physiques et fonctionnelles;
- ◆ la compensation des déficiences via des services d'aides techniques ou technologiques (orthèse, prothèse, fauteuil roulant, etc.);
- ◆ la récupération optimale des capacités cognitives, motrices, comportementales, psychosociales et vocationnelles via des activités d'apprentissage et thérapeutiques individuelles ou de groupe;
- ◆ le support professionnel en vue du retour dans le milieu de vie, ce qui peut entraîner l'évaluation et l'adaptation du domicile, du poste de travail et des équipements requis pour les sports et loisirs;
- ◆ l'information et l'enseignement requis à la personne, sa famille, ses proches, son milieu scolaire ou de travail et les ressources du milieu (CLSC) qui assurent la continuité des soins et services;
- ◆ le suivi médical et clinico-technique à période fixe.

Un scénario de base des services de réadaptation se dégage.

- ⇒ Une fois l'état de santé stabilisé, on vise la récupération maximale des capacités fonctionnelles de la personne (neuromotricité, locomotricité, fonctions cognitivo-linguistiques) jusqu'à ce que l'on atteigne un plateau. C'est une période d'intervention intense où sont présents les membres de l'équipe multidisciplinaire en fonction des besoins et de l'expertise de chaque discipline.
- ⇒ On tente par la suite de compenser les déficiences au moyen d'aides techniques et on entraîne la personne à être autonome. Cette étape mobilise également les membres de l'équipe dans un travail d'interdisciplinarité.
- ⇒ Au coeur du processus de réadaptation, les membres de l'équipe aident la personne à développer ses habiletés/capacités (ex. : communication, relations interpersonnelles, prise de décision, etc.), à refaire son identité, à accomplir les AVQ et AVD. Il peut s'agir d'une intervention individuelle, familiale, de groupe, d'entraide.
- ⇒ Loisirs et sorties sont des activités importantes. Elles permettent aux personnes la poursuite d'activités socioculturelles et sportives ou d'en expérimenter de nouvelles, d'apprendre à planifier et réaliser des sorties sociales, d'apprendre à contrer certaines barrières environnementales, etc.
- ⇒ Lors de la préparation du congé, l'équipe de réadaptation s'assure que les apprentissages se généralisent pour assurer le retour à domicile.

Les services et activités offerts tiennent compte des besoins, des attentes et du potentiel de la personne et sont nuancés par la nature de sa déficience. À titre d'exemple :

- ⇒ **pour les blessés médullaires**, en continuité avec les services offerts par le Centre d'expertise, la contribution de l'IRM sera axée sur la réadaptation fonctionnelle globale.
- ⇒ **Pour les victimes d'AVC**, l'accent sera mis sur la rééducation neuromusculaire adaptée aux jeunes AVC, la rééducation de l'aphasie, les services scolaires, les aides techniques, les loisirs, l'encadrement et le suivi.
- ⇒ **Pour les personnes amputées**, on intervient notamment en réadaptation postchirurgicale, préprothétique, prothétique et l'on assurera un suivi.
- ⇒ **Pour les personnes vivant avec un déficit moteur cérébral**, les éléments d'intervention du PII concernent notamment les sphères de neuromotricité, de locomotricité, des fonctions cardio-vasculaires respiratoires et cognitivo-linguistiques. On développera l'autonomie psychosociale et l'autonomie liée aux AVQ, l'intégration sociocommunautaire et l'orientation occupationnelle.
- ⇒ **Pour les victimes d'un traumatisme crânien-cérébral**, l'intervention vise notamment le traitement des déficiences motrices et l'entraînement dans l'accomplissement des AVQ et AVD.

Il va sans dire que les activités de réadaptation sont ajustées en fonction de la nature de la déficience, des besoins du client et des attentes du milieu. Mentionnons que dans un contexte de rareté de ressources et de cibles de séjour fixées dès l'arrivée de l'utilisateur, l'approche éducative de l'IRM est mise à profit. On travaille à ce que l'utilisateur se prenne en charge le plus rapidement possible. À titre d'exemple, on impliquera l'utilisateur dans les démarches pour rendre accessible son logement (SAAQ, CSST, etc.) lorsque l'évaluation réalisée par l'ergothérapeute sera faite.

Avant d'aborder les modes de prestation des services, le lecteur peut consulter l'annexe A. Cette annexe offre plus d'information sur les services et activités offerts dans chacun des programmes clientèles.

4. LES MODES DE PRESTATION DES SERVICES

Les services et activités des programmes de réadaptation ciblant des clientèles sont offerts à l'interne (hospitalisation), en externe, au domicile de l'utilisateur, dans son milieu de travail et, à moindre échelle, dans son milieu scolaire.

- À l'interne :** la clientèle hospitalisée nécessite des soins médico-hospitaliers ou un contexte permettant de participer à un programme intensif de réadaptation. À un certain stade de son cheminement, elle retourne dans son milieu les fins de semaine ou pour des séjours élargis. Notons qu'elle bénéficie en outre d'un appartement adapté et d'une chambre de transition pour s'entraîner au niveau de la réalisation des AVQ et AVD au moyen d'aides techniques et technologiques nécessaires à la rendre autonome.
- En externe :** à un certain stade de réadaptation, la clientèle hospitalisée peut recevoir des services sur une base externe.
- À domicile :** au besoin, l'ergothérapeute et le travailleur social se rendront au domicile de l'utilisateur, notamment pour préparer sa sortie. On estime globalement que

50 % des usagers seront accompagnés à leur domicile pour évaluer les adaptations requises et s'assurer de leur intégration sociale.

En milieu de travail :

lorsque requis, on prépare le retour au travail. Tout en évaluant les adaptations requises pour l'intégration professionnelle, on informe et sensibilise le milieu à la nouvelle condition de la personne.

En milieu scolaire :

peu d'usagers de l'IRM sont d'âge à poursuivre des études. Toutefois, lorsque requis, on prépare ce retour dans les mêmes termes que pour l'intégration professionnelle.

Le lecteur peut consulter le résumé qui suit avant d'aborder les clientèles desservies.

EN RÉSUMÉ

Pour **être admis** aux programmes clientèles, les usagers doivent avoir : 18 ans et plus, une condition médicale stabilisée, un potentiel de réadaptation et être motivés. L'utilisateur doit être en mesure de suivre le programme de réadaptation fonctionnel qui s'offre de façon intensive. Enfin, les personnes amputées ne peuvent être admises à l'IRM pour un processus de transition.

De façon générale, les programmes clientèles ont pour **but** ultime de développer l'autonomie fonctionnelle, personnelle et sociorésidentielle de la personne. Certains partages d'**objectifs** existent avec d'autres établissements, c'est le cas entre autres des services pour les blessés médullaires pour lesquels les objectifs de réadaptation sont axés sur le développement des capacités fonctionnelles et la récupération de l'identité, alors que les objectifs d'intégration sociorésidentielle sont poursuivis par le Centre Lucie-Bruneau ou un centre de réadaptation hors région.

La somme de **services** offerts comprend l'évaluation des besoins, la stabilisation de l'état de santé, la récupération ou l'optimisation des capacités physiques et fonctionnelles, la compensation des déficiences, la récupération des capacités, le support professionnel en vue du retour dans le milieu de vie, l'information et l'enseignement requis à la personne et ses proches, le suivi médical et clinico-technique à période fixe.

Les services sont offerts à l'interne (hospitalisation), en externe, au domicile de l'utilisateur, dans le milieu de travail et, à moindre échelle, dans le milieu scolaire.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. L'IRM s'adresse à des personnes de 18 ans et plus qui peuvent répondre à un programme de réadaptation fonctionnelle intensive.
2. Les objectifs poursuivis visent à développer l'autonomie fonctionnelle, personnelle et sociorésidentielle. Certains partages d'objectifs se font avec d'autres établissements, notamment pour les blessés médullaires avec le Centre Lucie-Bruneau.
3. Les services sont offerts à l'interne et en externe au domicile, dans le milieu de travail et quelquefois dans le milieu scolaire.

CHAPITRE 3

LES CLIENTÈLES DESSERVIES

MISE EN SITUATION

Nous dressons le portrait de la clientèle desservie, en 1996-97, en abordant :

1. dans un premier temps, les programmes clientèles. Nous traitons les données selon les programmes « théoriques » retenus au niveau régional. Il s'agit des programmes de neurologie, orthopédie et des amputés.
2. Dans un deuxième temps, nous traitons des données relatives aux visites externes des services d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie, de psychologie et services sociaux.

Deux sources de données nous permettent de dresser ce portrait. D'une part, l'exploitation de la base de données Med-Écho. Nous avons constitué les programmes théoriques régionaux à l'aide des codes CIM-9 du diagnostic principal de l'usager, soit la raison de l'hospitalisation. C'est ainsi que nous avons établi le profil diagnostique et démographique des usagers, identifié les principaux référents et estimé la durée moyenne de séjour des programmes « théoriques » adoptés régionalement.

D'autre part, l'IRM compile certaines informations sur les heures de prestation de services (HPS) pour la clientèle hospitalisée ainsi que pour les visites externes de certains de ses services.

En fin de chapitre le lecteur peut consulter un résumé des faits saillants ainsi qu'une synthèse de la base de données clientèles.

1. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CIBLANT DES CLIENTÈLES

1.1 RÉPARTITION DES USAGERS SELON LES DIAGNOSTICS

En 1996-97, on dénombre **420 épisodes hospitaliers**, pour un total de **365 usagers différents**. À partir des diagnostics principaux, ces usagers se répartissent comme suit :

- ⊗ 67,9 % (248/365) des usagers sont desservis pour des diagnostics reliés à la **neurologie**;
- ⊗ 20,5 % (75/365) des usagers sont des personnes **amputées**;
- ⊗ 5,5 % (21/365) des usagers présentent des diagnostics reliés à l'**orthopédie**;
- ⊗ enfin, 5,5 % (21/365) des usagers hospitalisés à l'IRM l'ont été pour d'autres diagnostics.

En neurologie

Les principales problématiques neurologiques traitées à l'IRM, en 1996-97, sont dans l'ordre :

- ✱ les TCC (32,7 %; 81/248);
- ✱ les AVC (24,6 %; 61/248);
- ✱ les blessés médullaires (16,9 %; 42/248).
- ✱ Mentionnons que l'IRM admet peu de DMC (4 %; 10/248).

1.2 PROFIL DE LA CLIENTÈLE

Pour l'ensemble des programmes clientèles, on observe que :

- ✱ 67 % (245/365) des usagers sont de sexe **masculin**.
- ✱ L'IRM dessert principalement des adultes de 18-64 ans. Ils se répartissent assez uniformément dans les différentes tranches d'âge basées sur 10 ans. À peine 18 % (65/365) des usagers sont âgés de 65 ans et plus.

⇒ Fait à remarquer :

- ◇ les personnes amputées sont un peu plus âgées que les clientèles hospitalisées pour des problématiques neurologiques ou des problèmes liés à l'orthopédie. En effet, 44 % (33/75) des usagers amputés sont âgés de 65 ans et plus.
- ✱ Seulement 40,8 % (149/365) de la clientèle provient de la **région de Montréal-Centre**. Il y a presque autant d'usagers provenant de la **Montérégie** (26 %) que des régions de la ceinture nord de Montréal (24 %), soit : Laval, Laurentides, Lanaudière.
- ✱ La majorité des usagers provenant de la région de Montréal-Centre (63,8 % 95/149) réside dans les sous-régions **Maisonnette-Rosemont, Sacré-Coeur et St-Luc**.

1.3 LES PRINCIPAUX RÉFÉRENTS

79,7 % (291/365) des usagers hospitalisés sont référés à l'IRM par des **centres hospitaliers** toutes catégories confondues.

Parmi les usagers référés par les centres hospitaliers :

- ✱ 77,5 % (283/365) proviennent directement des **centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD)**.
 - ⇒ Les principaux CHSCD de Montréal qui réfèrent à l'IRM sont dans l'ordre : l'Hôpital du Sacré-Coeur (30,8 %; 65/211), l'Hôpital Général de Montréal (26,1 %; 55/211), le Pavillon Notre-Dame du CHUM (12,3 %; 26/211) et l'Hôpital Maisonnette-Rosemont (7,6 %; 16/211).
 - ⇒ Les principaux CHSCD hors région qui réfèrent à l'IRM sont les Centres hospitaliers Charles Lemoyne (47,2 %; 34/72) et l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (12,5 %; 9/72).
- ✱ Très peu d'usagers sont référés par des **centres hospitaliers de réadaptation** (1,4 %; 5/365) et des **centres hospitaliers de soins de longue durée** incluant des **URFI** (0,8 %; 3/365).

Enfin, mentionnons que 19,7 % (72/365) des usagers hospitalisés ont été admis sans référence d'un établissement. Il peut s'agir de

personnes qui ont consulté d'elles-mêmes ou sur référence d'un médecin ou d'autres professionnels.

1.4 TAUX D'OCCUPATION ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Selon les données opérationnelles du rapport financier annuel 1996-97, l'IRM identifiait une disponibilité de **104 lits au permis**, pour un total de **101 lits dressés**. L'Institut estimait que son **taux d'occupation moyen** était à cette époque d'environ **68,8 %** tous programmes confondus.

En 1996-97, dans l'ensemble des programmes de réadaptation ciblant des clientèles, la **durée moyenne de séjour** de la clientèle hospitalisée est de **62,7 jours**. Cette durée moyenne de séjour varie selon les programmes dans l'ordre décroissant suivant :

- ✱ neurologie : 69,4 jours
- ✱ personnes amputées : 61,3 jours;
- ✱ orthopédie : 39,4 jours;
- ✱ autres diagnostics : 31,4 jours

Fait à remarquer :

⇒ en neurologie, la moyenne de séjour des blessés médullaires (90,1 jours) est nettement supérieure aux autres clientèles.

1.5 LES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES CLINIQUES

On ne peut obtenir la moyenne des heures de prestation de services (HPS) cliniques, par usager, à l'aide de la base de données Med-Écho.

À l'IRM les systèmes d'information internes ne nous permettent pas d'obtenir la moyenne des HPS par programmes clientèles toutes catégories de cliniciens confondus. Les seules données disponibles pour les usagers hospitalisés sont celles reliées aux services d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie de psychologie et de travail social séparément. Enfin, la moyenne HPS ne peut être calculée sur les départs uniquement. Ce ratio inclut donc l'ensemble des heures/année de prestations de services par usager différent et comprend les usagers présents en fin d'année. Les heures de prestation de service des usagers qui n'ont pas complété leur réadaptation et qui sont comptabilisées ont pour effet de sous-estimer la moyenne.

C'est avec cette réserve que nous présentons le ratio HPS, selon les programmes neurologie, orthopédie et amputés, tel qu'estimé par l'IRM. Il faut donc être prudent si l'on compare ces données avec les ratios HPS d'autres établissements (ex. : CRCL et CRLB).

En 1996-97, on estime que pour les problématiques liées à la **neurologie**, un usager hospitalisé pour lequel les différents types de services sont requis peut recevoir en moyenne :

- ✱ 50,0 h d'ergothérapie;
- ✱ 43,4 h de physiothérapie;
- ✱ 28,8 h d'orthophonie;
- ✱ 18,9 h de services sociaux;
- ✱ 14,8 h de services en psychologie.

Pour la clientèle amputée, un usager hospitalisé pour lequel le service est requis peut recevoir en moyenne :

- ✱ 35,4 h de physiothérapie;
- ✱ 31,7 h d'ergothérapie;

- ✱ 13,9 h de services sociaux;
- ✱ 6,3 h de services en psychologie.

Pour les problématiques liées à l'orthopédie, un usager hospitalisé pour lequel le service est requis peut recevoir en moyenne :

- ✱ 39,7 h de physiothérapie.

2. DONNÉES RELATIVES AUX VISITES EXTERNES

Au-delà des 7,917 visites médicales répertoriées, en 1996-97, dans les cliniques externes de l'IRM, les systèmes d'information permettent d'extraire trois types de données pour les activités offertes en externe dans les services d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie de psychologie et les services sociaux. Il s'agit :

1. du nombre différent d'usagers par type de service;
2. de la moyenne de visites par usager et par type de service;
3. de la moyenne des heures de prestation de services (HPS) par usager et par type de service.

2.1 NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS PAR TYPE DE SERVICE

En 1996-97, l'IRM estime que le nombre d'usagers différents ayant reçu des services sur une base externe se ventile comme suit :

✱ service de physiothérapie	577 usagers
✱ services sociaux	418 usagers
✱ service d'ergothérapie	280 usagers
✱ service de psychologie	153 usagers
✱ service d'orthophonie	68 usagers

Notons qu'un même usager a pu consulter dans plus d'un service à la fois.

Fait à remarquer :

- ⇒ Les usagers dont la problématique est liée à l'orthopédie reçoivent exclusivement des services de physiothérapie.

2.2 NOMBRE MOYEN DE VISITES

La moyenne des visites, selon les services, s'établit comme suit :

✱ service de physiothérapie	16,1 visites
✱ service d'orthophonie	13,6 visites
✱ service d'ergothérapie	7,3 visites
✱ service de psychologie	5,9 visites
✱ services sociaux	5,3 visites

2.3 MOYENNE DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES

En 1996-97, l'IRM estime que pour les problématiques liées à la **neurologie**, un usager qui le requiert peut recevoir en moyenne sur une base externe :

- ✱ 22,2 h de physiothérapie;
- ✱ 17,3 h d'orthophonie;
- ✱ 16,0 h d'ergothérapie;
- ✱ 9,6 h de services en psychologie.

- ⊗ 6,6 h de services sociaux.

Un usager **amputé** qui le requiert peut recevoir en moyenne sur une base externe :

- ⊗ 16,3 h de physiothérapie;
- ⊗ 8,3 h de services en psychologie.
- ⊗ 7,7 h d'ergothérapie;
- ⊗ 1,8 h de services sociaux.

Pour les problématiques liées à l'**orthopédie**, l'utilisateur qui le requiert peut recevoir en moyenne sur une base externe :

- ⊗ 18,0 h de physiothérapie.

Le lecteur peut consulter le résumé et les tableaux qui suivent avant d'aborder l'accessibilité aux services.

EN RÉSUMÉ

En 1996-97, au plan des **diagnostics**, les 365 usagers différents hospitalisés se répartissent de la façon suivante : 67,9 % (248/365) ont un diagnostic lié à la neurologie, 20,5 % (75/365) sont des personnes amputées et 5,5 (21/365) sont des usagers ayant un diagnostic lié à l'orthopédie.

La clientèle est de sexe masculin à 67 % (245/365) et est composée principalement d'adultes de 18 à 64 ans. À peine 18 % des clients sont âgés de plus de 65 ans (65/365). Il faut noter aussi que seulement 40,8 % de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre.

Les centres hospitaliers de soins de courte durée sont les **principaux référents** (79,7 %; 291/365).

Pour l'ensemble des programmes, la **durée moyenne de séjour** est de 62,7 jours. C'est en neurologie que la durée moyenne de séjour est la plus élevée (69,4 jours). De la même façon, nous savons que la neurologie exige en **moyenne le plus d'heures de services** (ex. : 50,0 heures d'ergothérapie; 43,4 heures de physiothérapie) comparativement à la clientèle amputée (ex. 35,4 heures de physiothérapie; 31,7 heures d'ergothérapie). Il y a peu d'utilisateurs hospitalisés pour une problématique orthopédique. Leur durée moyenne de séjour est brève (39,4 jours) et ces usagers sont essentiellement traités en physiothérapie (39,7 heures en moyenne).

Les **visites médicales en externe** ont atteint le nombre de 7,917, en 1996-97. Parmi les services cliniques prescrits suite à une visite médicale, c'est en physiothérapie que l'on rejoint le plus d'utilisateurs (577), pour un nombre moyen de 16,1 visites. Notons que les services sociaux, d'ergothérapie et de psychologie occupent une place importante au chapitre des visites externes.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Le créneau principal de la clientèle à l'IRM est la clientèle âgée de 18 à 65 ans.
2. La clientèle hospitalisée (365 usagers différents) est composée en majorité de cas neurologiques (67,6 %), suivent les cas de personnes amputées (20,5 %) et les cas d'orthopédie (5,5 %).
3. Il n'y a que 40,8 % de la clientèle qui provient de la région de Montréal-Centre.

4. Les centres hospitaliers de soins de courte durée sont les principaux référents (79,7 %).
5. La durée moyenne de séjour est de 62,7 jours; c'est la neurologie qui présente la plus longue durée moyenne de séjour.
6. Les visites médicales en externe ont présenté un volume de 7,917. À noter la place importante des services de physiothérapie, des services sociaux, d'ergothérapie et de psychologie.

SYNTHÈSE

DE LA BASE DE DONNÉES CLIENTÈLES

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

DONNÉES CLIENTÈLES EN TABLEAU

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 1

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																																		
	TOTAL		USAGERS		SEXE				GROUPES D'ÂGE																									
					FÉMININ		MASCULIN		0-17			18-24			25-34			35-44			45-54			55-64			65-74			75-84			TOTAL	
	HOSPITALISATIONS		DIFFÉRENTS		Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H		
	Nbre	& V	Nbre	% V																														
A) Amputés	84	20,0%	75	20,5%	18	24,0%	57	76,0%	0	0,0%	3	4,0%	6	8,0%	2	2,7%	10	13,3%	21	28,0%	27	36,0%	6	8,0%							75	100,0%		
B) Neurologie	274	65,2%	248	67,9%	91	36,7%	157	63,3%	14	5,6%	38	15,3%	45	18,1%	51	20,6%	35	14,1%	37	14,9%	22	8,9%	6	2,4%							248	100,0%		
C) Orthopédie	30	7,1%	21	5,8%	8	38,1%	13	61,9%	0	0,0%	2	9,5%	2	9,5%	6	28,6%	4	19,0%	3	14,3%	1	4,8%	3	14,3%							21	100,0%		
D) Autres diagnostics	32	7,6%	21	5,8%	3	14,3%	18	85,7%	0	0,0%	2	9,5%	6	28,6%	4	19,0%	7	33,3%	2	9,5%	0	0,0%	0	0,0%							21	100,0%		
TOTAL	420	100,0%	365	100,0%	120	32,9%	245	67,1%	14	3,8%	45	12,3%	59	16,2%	63	17,3%	56	15,3%	63	17,3%	50	13,7%	15	4,1%							365	100,0%		

% V = POURCENTAGE À LA VERTICALE

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 2

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES											
	RÉGION DE PROVENANCE										
	Montréal Centre 06		Montréal 16		Laval, 13 Laurentides, 14 Lanaudière, 15		Autres régions		NSP		TOTAL
	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	
Amputés	27	36,0%	16	21,3%	27	36,0%	5	6,7%	0	0,0%	75
Neurologie	104	41,9%	72	29,0%	52	21,0%	15	6,0%	5	6,7%	248
Orthopédie	11	52,4%	5	23,8%	3	14,3%	2	9,5%	0	0,0%	21
Autres diagnostics	7	33,3%	2	9,5%	6	28,6%	5	23,8%	1	1,3%	21
Total	149	40,8%	95	26,0%	88	24,1%	27	7,4%	6	8,0%	365

% H= POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 19961997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 3

TERRITOIRES DE RÉSIDENCE DES USAGERS DE MONTRÉAL-CENTRE																													
SOUS-RÉGIONS																													
C L S C	SAGRÉ-COEUR			SAINT-LUC			MAISONNEUVE-ROSEMONT					STE-JUSTINE		GÉN. DE MTL			LAKESHORE		VERDUN		MONTRÉAL-CENTRE								
	AHUNTSIC	BORD-CART.	MTL-NORD	ST-LAURENT	ST-MICHEL	FAUBOURGS	P. PATRIE	PLATEAU	PARC EXT.	VILLERAY	HOCH-MAIS.	J.-O.ROUSSIN	M.-E./ANJOU	O.-GUIMOND	R.-D.-P	ST-LÉONARD	ROSEMONT	C-D-N	RENÉ-CASSIN	ST-LOUIS-PARC	MÉTRO	N-D-G	LAC ST-LOUIS	VIEUX LA CHINE	PIERREFONDS	LASALLE	CL.C.P.S.C.	VERDUN	MONTRÉAL-CENTRE
	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL	% H	TOTAL
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES																													
Amputés	8	29,6%	6	22,2%	8	29,6%	0	0,0%	1	3,7%	2	7,4%	2	7,4%	2	7,4%	27	100,0%											
Neurologie	18	17,3%	11	10,6%	34	32,7%	7	6,7%	9	8,1%	13	12,5%	12	11,5%	104	100,0%													
Orthopédie	2	18,2%	2	18,2%	1	9,1%	4	36,4%	2	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%													
Autres diagnostics	0	0,0%	1	9,1%	4	57,1%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	7	100,0%													
TOTAL	28	18,8%	20	13,4%	47	31,5%	12	8,1%	12	8,1%	15	10,1%	15	10,1%	149	100,0%													

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 4

SOURCES DE RÉFÉRENCE															
	CHSGS MONTRÉAL		CHSGS HORS RÉGION		CHR MTL & HORS RÉGION		CHSLD ET URFI MTL & HORS RÉGION		INDIVIDUS (DOMICILE)		NSP		TOTAL		
	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	Nbre	% H	
PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES															
Amputés		31	41,3%	22	29,3%	4	5,3%	2	2,7%	15	20,0%	1	1,3%	75	100,0%
Neurologie		169	68,1%	49	19,8%	1	0,4%	1	0,4%	27	10,9%	1	0,4%	248	100,0%
Orthopédie		6	28,6%	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	14	66,7%	0	0,0%	21	100,0%
Autres diagnostics		5	23,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	76,2%	0	0,0%	21	100,0%
Total		211	57,8%	72	19,7%	5	1,4%	3	0,8%	72	19,7%	2	0,5%	365	100,0%

% H = POURCENTAGE À L'HORIZONTALE

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 5

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CLIENTÈLES HOSPITALISÉES						
	MOYENNE DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES (HPS)				DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (JOURS)	
	Ergothérapie	Physiothérapie	Orthophonie	Psychologie	trav. social	
A) Amputés	31,7	35,4		6,3	14,0	61,3
B) Neurologie	50,0	43,4	28,8	14,8	18,9	69,4
C) Orthopédie	n/a	39,7	n/a	n/a	n/a	39,4
D) Autres diagnostics						31,4
TOTAL	45,8	41,5	28,7	13,1	17,8	62,7

HPS: la moyenne a été calculée sur les heures/année pour les usagers différents incluant les usagers présents en fin d'année

PROFIL DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1996-1997

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

Tableau 6

VISITES EN EXTERNE										
	MOYENNE DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES (HPS) *					NOMBRE MOYEN DE VISTES				
	Ergothérapie	Physiothérapie	Orthophonie	Psychologie	trav. social	Ergothérapie	Physiothérapie	Orthophonie	Psychologie	trav. social
A) Amputés	7,8	16,3		8,3	1,8	5,8	15,4		5,5	2,3
B) Neurologie	16,0	22,2	17,3	9,6	6,6	7,5	15,8	13,6	5,9	6,2
C) Orthopédie	N/A	18,0	N/A	N/A	N/A	N/A	15,4,	N/A	N/A	N/A
TOTAL	15,1	20,1	17,3	9,5	5,5	7,3	16,1	13,6	5,9	5,3
	* HPS : la moyenne a été calculée sur les heures/année pour les usagers différents incluant les usagers présents en fin d'année.					NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS				
						Ergothérapie	Physiothérapie	Orthophonie	Psychologie	trav. social
						280	577	68	153	418

CHAPITRE 4

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

MISE EN SITUATION

L'IRM nous confirme qu'il n'y a pas d'usager en attente d'une hospitalisation. Par ailleurs, au niveau des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, des usagers nécessitant des services sur une base externe sont en attente.

Notons que les listes d'attente sont décentralisées et gérées par services. Regardons le profil de cette clientèle en attente et estimons la durée moyenne d'attente.

1. RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE SELON LES SERVICES ATTENDUS

Spécifions d'entrée de jeu que la clientèle en attente pour des services sur une base externe n'a pas été récemment admise (hospitalisée). Tous les usagers admis qui ont reçu leur congé de l'hôpital et qui nécessitent un suivi sur une base externe sont prioritaires et sont vus dans les jours suivant leur congé.

Au 1^{er} mars 1998, un total de **85 usagers** étaient en attente. C'est surtout pour des services d'**ergothérapie** (49,4 %; 42/85) et de **physiothérapie** (48,2 %; 41/85) que la clientèle attend. L'IRM identifie une seule personne en attente de services d'orthophonie ainsi qu'une personne qui attend à la fois des services de physiothérapie et d'ergothérapie.

2. PROFIL DE LA CLIENTÈLE EN ATTENTE

Dans l'ensemble des services où l'on retrouve des usagers en attente, le profil de la clientèle s'établit comme suit :

- ✱ 53 % (45/85) des usagers sont atteints d'un problème neurologique, 21 % (18/85) vivent avec une problématique orthopédique et 12 % (10/85) sont des personnes amputées. Notons que l'attente des personnes amputées est généralement conditionnée par la réception de leur prothèse.
- ✱ Les femmes constituent 54,1 % de cette population et les hommes 45,9 %.
- ✱ Près de 70 % des usagers en attente sont âgés de 25 à 64 ans, 18 % ont 65 ans et plus. On note une faible proportion (7 %; 6/85) de jeunes de 17 ans et moins.
- ✱ Si 62 % des usagers proviennent de la région de Montréal, 31 % proviennent des régions limitrophes (Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière).

3. TEMPS D'ATTENTE

Les données disponibles à l'IRM permettent d'identifier le temps d'attente des usagers suite à la consultation médicale obtenue d'un physiatre et à la prescription de services qui en découle. Nous ne pouvons obtenir le temps d'attente entre la demande de consultation d'un usager et sa première visite au médecin qui évaluera le bien-fondé d'une offre de services.

Entre la date de la prescription d'un service par un physiatre et le 1^{er} mars 1998, date à laquelle nous avons recueilli l'information, on observe que :

- ✱ 33 % (28/85) des usagers attendent depuis 1 mois et moins;
- ✱ 58 % (49/85) attendent depuis 2 à 6 mois;
- ✱ à peine 8 % (7/85) des usagers attendent depuis 7 à 12 mois;
- ✱ enfin, 1 seul usager attend depuis 13 mois.

Si l'on observe cette fois le temps moyen d'attente on constate que c'est pour des services de physiothérapie que l'on attend le plus longtemps :

- ✱ en physiothérapie : 3,4 mois
- ✱ en ergothérapie : 2,3 mois
- ✱ en orthophonie : 1,0 mois

Nous invitons le lecteur à consulter le résumé qui suit avant d'aborder la conclusion.

EN RÉSUMÉ

Il n'y a pas d'usager en attente pour la clientèle nécessitant une hospitalisation ou un suivi posthospitalisation. L'attente s'observe pour les services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie dispensés sur une base externe. Il s'agit de listes d'attente décentralisées.

Au 1^{er} mars 1998, un total de 85 usagers étaient en attente. C'est surtout pour des services d'ergothérapie (49,4 % 42/85) et de physiothérapie (48,2 % 41/85) que la clientèle attend.

La clientèle en attente présente un profil neurologique 53 % (45/85), orthopédique 21 % (18/85) et amputé 12 % (10/85). 62 % de la clientèle en attente demeure dans la région de Montréal-Centre.

Le temps d'attente est calculé une fois la prescription médicale définie et, le 1^{er} mars 1998, 91 % des usagers attendent depuis 6 mois et moins. En physiothérapie, l'attente est de 3,4 mois, en ergothérapie de 2,3 mois et en orthophonie 1 mois.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À RETENIR

1. Il n'y a pas d'attente pour la clientèle nécessitant une hospitalisation ou un suivi posthospitalisation. L'attente s'observe dans les services externes de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie.
2. Au 1^{er} mars 98, un total de 85 usagers étaient en attente, principalement pour les services d'ergothérapie (42/85) et de physiothérapie (41/85).
3. La clientèle en attente présente un profil neurologique (45/85), orthopédique (18/85) et amputé (10/85).
4. 91 % des personnes attendent 6 mois et moins une fois la prescription définie. Cette attente est en moyenne de 3,4 mois en physiothérapie, 2,3 mois en ergothérapie et 1 mois en orthophonie.

CONCLUSION

Pour conclure nous rappelons les principaux éléments qui caractérisent l'Institut de réadaptation de Montréal.

MISSION

L'IRM est un centre hospitalier de soins de courte durée spécialisé en réadaptation. Il est affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement et la recherche. L'Institut a développé un ensemble de programmes de réadaptation ciblant des clientèles dont les incapacités sont sévères et persistantes. Si l'Institut reçoit une clientèle connaissant des incapacités temporaires c'est dans le cadre d'un programme d'enseignement aux résidents de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cette dernière clientèle consulte uniquement en clinique externe de physiatrie.

CHANGEMENTS

La structure administrative connaîtra des transformations majeures, notamment la Direction des programmes et services de réadaptation. On abandonnera la structure matricielle au profit d'une structure d'équipes multidisciplinaires décentralisées par programmes. Dans le cadre de la réorganisation des soins et services, l'un des objectifs poursuivis est que tous les bénéficiaires, qu'ils soient admis ou inscrits à l'IRM, soient intégrés à l'un des programmes clientèles.

PROGRAMMES ET CLINIQUES

Les programmes clientèles sont dédiés aux : blessés médullaires, personnes amputées, traumatisés crâniens-cérébraux, personnes connaissant un déficit moteur cérébral et aux personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

Des cliniques spécialisées s'adressent à la clientèle hospitalisée et assurent au besoin un suivi posthospitalisation. On retrouve les cliniques suivantes : spasticité, traitement de la douleur, urodynamie, fertilité, vieillissement, déglutition, communication, accès à l'ordinateur.

Les cliniques externes regroupent les consultations médicales sur une base externe. La clientèle est vue pour consultation ou suivi par des médecins physiatres, par d'autres médecins consultants (psychiatre, urologue, sexologue) ou pour électromyographie. Selon les besoins, le client vu en clinique externe pourra être admis dans un programme, poursuivre un suivi médical externe ou être référé dans l'un ou l'autre des services cliniques pour intervention thérapeutique.

PROGRAMMES ET ARTICULATION

Plusieurs des programmes de l'IRM présentent des particularités quant à l'admission de la clientèle, et ce, en fonction de l'articulation avec des partenaires. On pense ici :

- ♦ aux blessés médullaires dont les services sont offerts dans le cadre du « Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec » offerts par un consortium d'établissements (Centre hospitalier Sacré-Coeur, l'IRM et Centre de réadaptation Lucie-Bruneau).
- ♦ Aux personnes amputées pour lesquelles un projet de programme régional a été mis de l'avant par les centres hospitaliers Lindsay, Villa Médica et

l'IRM. Ce programme doit être évalué par la Régie régionale avant d'être définitivement confirmé.

- ♦ Aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral pour lesquels les physiatres travaillent à consolider des corridors de services entre les centres hospitaliers Général de Montréal, Sacré-Coeur, l'IRM et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

En aval des programmes offerts, l'IRM s'est principalement articulé avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Notons pour terminer que l'IRM n'a pas encore établi d'ententes formelles avec les CLSC à qui elle réfère la clientèle dont l'intégration sociale ne présente pas de complexité particulière.

OBJECTIFS, SERVICES ET MODALITÉS DE PRESTATION DES SERVICES

De façon générale, les programmes clientèles ont pour but ultime de développer l'autonomie fonctionnelle, personnelle et sociorésidentielle de l'usager. Certains partages d'objectifs existent avec d'autres établissements. C'est le cas, entre autres, pour les blessés médullaires pour lesquels les objectifs de réadaptation sont axés sur le développement des capacités fonctionnelles et la récupération de l'identité, alors que les objectifs d'intégration sociorésidentielle sont poursuivis par le Centre Lucie-Bruneau.

Globalement, les services offerts comprennent l'évaluation des besoins, la stabilisation de l'état de santé, la récupération ou l'optimisation des capacités physiques et fonctionnelles, la compensation des déficiences, la récupération des capacités, le support professionnel en vue du retour dans le milieu de vie, l'information et l'enseignement requis à la personne et ses proches, le suivi médical et clinico-technique à période fixe.

Les services sont offerts à l'interne (hospitalisation), en externe, au domicile de l'usager, dans le milieu de travail et, à moindre échelle, dans le milieu scolaire.

CLIENTÈLES DESSERVIES

En 1996-97, au plan des diagnostics, les 365 usagers différents hospitalisés se répartissent de la façon suivante : 67,9 % (248/365) ont un diagnostic lié à la neurologie, 20,5 % (75/365) sont des personnes amputées et 5,5 % (21/365) sont des usagers ayant un diagnostic lié à l'orthopédie.

Le profil de la clientèle hospitalisée est le suivant :

- ♦ on dénombre une majorité d'hommes (67 %);
- ♦ les usagers sont principalement des adultes de 18 à 64 ans. À peine 18 % des clients sont âgés de 65 ans et plus;
- ♦ seulement 40,8 % de la clientèle provient de la région de Montréal-Centre;
- ♦ les centres hospitaliers de soins de courte durée sont les principaux référents (79,7 %);
- ♦ l'IRM dispose de 101 lits dressés dont le taux d'occupation est de 68,8 %;
- ♦ tous programmes confondus, la durée moyenne de séjour est de 62,7 jours. C'est en neurologie que la durée moyenne de séjour est la plus élevée (69,4 jours);
- ♦ bien que nous ne puissions obtenir de données globales, tous services cliniques cliniques confondus, on peut observer que c'est en neurologie que la moyenne d'heures de prestation de services est la plus élevée par disciplines (ex. : 50,0 h ergothérapie, 43,4 h physiothérapie);
- ♦ il y a peu d'usagers hospitalisés pour une problématique orthopédique. Leur durée moyenne de séjour est brève (39,4 jours) et ces usagers sont essentiellement traités en physiothérapie (39,7 h en moyenne).

Les **visites médicales en externe** ont atteint le nombre de 7,917, en 1996-97. Parmi les services cliniques offerts en externe, c'est en physiothérapie que l'on rejoint le plus d'utilisateurs (577), pour un nombre moyen de 16,1 visites. Notons que les services sociaux, d'ergothérapie et de psychologie occupent une place importante au chapitre des visites externes.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Il n'y a pas d'attente pour la clientèle nécessitant une hospitalisation ou un suivi posthospitalisation. L'attente s'observe dans les services externes de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie

Au 1^{er} mars 1998, un total de 85 usagers étaient en attente, principalement pour les services d'ergothérapie (49 %) et de physiothérapie (48 %). La clientèle en attente présente un profil neurologique (56 %), orthopédique (21 %) et 12 % sont des personnes amputées. 91 % des personnes attendent depuis 6 mois et moins une fois la prescription médicale émise. Cette attente est en moyenne de 3,4 mois en physiothérapie, 2,3 mois en ergothérapie et 1 mois en orthophonie.

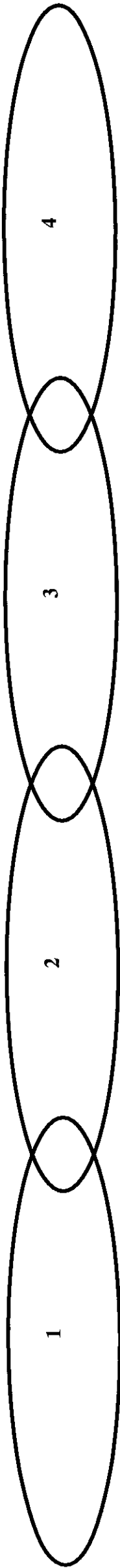
ANNEXE

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

SERVICES DES PROGRAMMES CLIENTÈLES

Les services et activités des programmes qui suivent sont décrits selon les étapes de la démarche active d'adaptation et de réadaptation telles que ci-après définies.

Étapes de la démarche active d'adaptation et de réadaptation



Cible particulièrement les services d'évaluation diagnostique et la démarche de traitement curatif requis par la personne présentant un épisode actif d'une maladie ou d'un traumatisme auquel peuvent s'ajouter des interventions précoces de réadaptation lorsque requis par la personne. Ces services sont ordinairement dispensés dans un CH de soins aigus.

Cible particulièrement le développement et la récupération des capacités de la personne dans l'accomplissement d'une ou plusieurs activités avec ou sans adaptation.

Cible particulièrement le développement de l'autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle, occupationnelle et communautaire.

Cible particulièrement l'acquisition de nouveaux moyens d'autonomie ou de compensation des incapacités par le biais de services spécialisés et ponctuels.

Vise à supporter les intervenants du milieu de vie de la personne dans le maintien des acquis.

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

PHASES DE RÉADAPTATION

Programme blessés médullaires

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
◆ Contact avec TS de CHCD pour info. sur services de l'IRM pour transition. ◆ Transfert et contact avec CHCD pour retour à CH référant. ◆ Réadaptation précoce, (soins respiratoires, traitement des douleurs, de l'hypotension, des plaies, positionnement au lit et interventions fonctionnelles au lit).	◆ Évaluation des déficiences et incapacités. ◆ Plan d'intervention de réadaptation. ◆ Interventions de réadaptation ◇ traitement des déficiences motrices ◇ rééducation au niveau des fonctions intestinales et génito-urinaires ◇ enseignement des techniques de soins ◇ ré-entraînement aux AVQ et AVD, à la mobilité ◇ évaluation, entraînement, fabrication d'aides techniques nécessaires au fonctionnement quotidien. ◆ Support dans adaptation à nouvelles conditions physiques. ◆ Interventions et suivi suite aux expériences des premières sorties et fins de semaine à domicile. ◆ Contact auprès d'organismes (CLSC, associations, etc.). ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant.	◆ Préparation du retour à domicile et poursuite de la rééducation dans les différentes disciplines. ◆ Évaluation formelle du handicap. ◆ Adaptation du milieu (visite à domicile, évaluation et suivi suite aux congés de fin de semaine. ◆ Plan d'intervention de réadaptation et d'adaptation psychosociale, participation au PSI. ◆ Support dans adaptation de la famille au handicap. ◆ Support dans les démarches auprès d'organismes. ◆ Support à famille dans le développement d'un réseau de support dans le milieu. ◆ Interventions en loisirs pour aider à l'adaptation psychosociale. ◆ Sensibilisation, éducation des personnes ressources du milieu pour éventuelle réorientation (vocationnelle scolaire) et référence à des ressources pouvant répondre à ce type de besoin. ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant CECM (évaluation des antécédents scolaires, orientation scolaire, etc.). ◆ Préparation et enseignement de programme à domicile (soins, exercices, etc.).	◆ Réévaluations et contrôles périodiques. ◆ Interventions ponctuelles au besoin (problèmes médicaux, de soins, problèmes fonctionnels, problèmes d'aides techniques, problèmes d'adaptation psychosociale, de maintien et d'intégration dans le milieu). ◆ Collaboration avec ressources du milieu ◆ Interventions du service des loisirs pour support, aide dans la poursuite des activités de loisirs.

Révision 10-04-95/HR

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

PHASES DE RÉADAPTATION

Programme AMPUTÉS

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
◆ Contact avec TS de CHCD pour info. sur services de l'IRM pour transition. ◆ Transfert et contact avec CHCD pour retour à CH référant.	◆ Évaluation des déficiences et incapacités. ◆ Plan d'intervention de réadaptation. ◆ Interventions de réadaptation ◇ traitement des déficiences motrices ◇ ré-entraînement aux AVQ et AVD, à la mobilité ◇ intervention en loisirs ◇ information et support à la famille ◇ évaluation, entraînement pré-prothétique et à la prothèse ◇ évaluation, entraînement, fabrication d'adaptations d'aides techniques nécessaires au fonctionnement quotidien. ◆ Support dans adapt. à nouvelles conditions physiques. ◆ Interventions et suivi suite aux expériences des premières sorties et fins de semaine à domicile. ◆ Contact auprès d'organismes du milieu (CLSC, et autres). ◆ Enseignement des techniques de soins particuliers. ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant.	◆ Poursuite de la rééducation dans les différentes disciplines. ◆ Plan d'intervention de réadaptation et d'adaptation psychosociale; participation au PSI. ◆ Support dans adaptation de la famille au handicap pour développer réseau de support dans le milieu ◆ Adaptation du milieu (VD, évaluation du domicile, aménagement de lieux). ◆ Support dans les démarches auprès d'organismes. ◆ Interventions des loisirs pour aider à l'adaptation psychosociale ◆ Sensibilisation, éducation des personnes ressources du milieu pour éventuelle réorientation (vocationnelle scolaire). ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant (évaluation des antécédents scolaires, enseignement, orientation scolaire). ◆ Préparation et enseignement à la personne et aux proches des techniques de soins et des programmes d'exercices à faire à domicile.	◆ Réévaluation et contrôle périodique. ◆ Interventions ponctuelles au besoin (problèmes fonctionnel, prothétique, d'adaptation psychosociale, de maintien et d'intégration dans le milieu de vie). ◆ Collaboration avec ressources du milieu.

Révision 10-04-95/HR

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL
PHASES DE RÉADAPTATION
Programme A.V.C.

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
◆ Contact avec TS de CHCD pour info. sur services de l'IRM pour transition. ◆ Transfert et contact avec CHCD pour retour à CH référant. ◆ Stimulation cognitive et bilan fonctionnel.	◆ Évaluation des déficiences et incapacités. ◆ Plan d'intervention de réadaptation. ◆ Interventions de réadaptation ◇ traitement des déficiences motrices ◇ rééducation fonctionnelle de la communication ◇ ré-entraînement aux AVQ et AVD, à la mobilité ◇ information et support à la famille ◇ évaluation, entraînement, fabrication d'adaptations d'aides techniques nécessaires au fonctionnement quotidien ◇ intervention en loisirs. ◆ Support dans adapt. à nouvelles conditions physiques. ◆ Interventions et suivi suite aux expériences des premières sorties de fin de semaine. ◆ Contact auprès d'organismes du milieu. ◆ Éducation, information, sensibilisation de l'entourage à la problématique de la clientèle ACV.	◆ Poursuite de la rééducation dans les différentes disciplines. ◆ Évaluation des situations de handicap. ◆ Accompagnement vers le milieu de vie avant la prise en charge dans la communauté. ◆ Plan d'intervention de réadaptation et d'adaptation psychosociale, participation au PSI. ◆ Support dans adapt. de la famille au handicap et dans le développement d'un réseau de support dans le milieu. ◆ Adaptation du milieu, évaluation du domicile et suivi suite aux congés de fin de semaine, réaménagement des lieux. ◆ Support dans les démarches auprès organismes. ◆ Intervention des loisirs pour aider à l'adaptation psychosociale. ◆ Information CLSC et personnes ressources du milieu sur le handicap au plan communication et éducation sur stratégies mutuelles de communication pour maximiser la communication entre personne et milieu. ◆ Information sensibilisation, éducation personne ressource du milieu pour éventuelle réorientation (vocationnelle, scolaire) et références à des ressources appropriées. ◆ Au besoin intervention de l'enseignant (évaluation des antécédents scolaires, enseignement, orientation scolaire). ◆ Préparation et enseignement à la personne et à ses proches des techniques de soins et les programmes d'exercices à faire à domicile, etc.	◆ Évaluation et contrôles périodiques. ◆ Interventions ponctuelles au besoin pour support à l'intégration (problèmes fonctionnels, problèmes d'aides techniques, problèmes d'adaptation psychosociale, de maintien et d'intégration dans le milieu). ◆ Évaluation et contrôles périodiques. ◆ Collaboration avec ressources du milieu pour maintien des acquis.

Révision 10-04-95/HR

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL

PHASES DE RÉADAPTATION

Programme DMC

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
◆ Contact avec TS de CHCD pour info. sur services de l'IRM pour transition. ◆ Transfert et contact avec CHCD pour retour à CH référant.	◆ Évaluation des déficiences et incapacités. ◆ Plan d'intervention de réadaptation. ◆ Interventions de réadaptation ◇ traitement des déficiences motrices ◇ ré-entraînement aux AVQ, AVD, et à la mobilité ◇ évaluation et rééducation fonctionnelle de la communication ◇ interventions en loisirs ◆ Formation, information et support suivi suite aux congés de fin de semaine. ◆ Éducation, information sensibilisation de l'entourage aux problématiques particulières de la personne DMC. ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant	◆ Évaluation, entraînement, fabrication et adaptation d'aides techniques nécessaires au fonctionnement quotidien (positionnement, fauteuil roulant, aides à la communication, aux AVQ et AVD). ◆ Réorganisation des habitudes de vie. ◆ Adaptation des lieux et organisation des services dans communauté, (visite à domicile, contacts avec CLSC, organismes du milieu). ◆ Plan d'intervention de réadaptation et d'adaptation psychosociale, participation au PSI. ◆ Support dans les démarches et suivi auprès impliqués. ◆ Aide à la famille pour développer réseau de support dans milieu. ◆ Interventions des loisirs pour aider à l'adaptation psychosociale. ◆ Sensibilisation, éducation personne ressource du milieu face à réorientation (vocationnelle, scolaire), et référence à des ressources pouvant répondre aux besoins. ◆ Préparation et enseignement à la personne et à ses proches des techniques de soins et de programmes d'entraînement et d'activités à domicile. ◆ Au besoin, intervention de l'enseignant C.E.C.M. (évaluation des antécédents scolaires, orientation scolaire, évaluation prévocationale)	◆ Interventions ponctuelles pour support à l'intégration et au maintien des acquis (problèmes fonctionnels, problèmes d'aides techniques, problèmes d'adaptation psychosociale de maintien et d'intégration dans le milieu. ◆ Suivi en posthospitalisation. ◆ Collaboration avec ressources du milieu ◆ Contrôles périodiques tel que spécifié dans le PII. ◆ Information, support au CLSC et personnes ressources du milieu face aux situations de handicap (communication, soins personnels, déplacements, adaptation psychosociale, loisirs, etc.). ◆ Évaluation, entraînement à l'utilisation d'aides techniques spécialisées (fauteuil roulant motorisé, système de communication, etc.).

Révision 10-04-95/HR

INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL
PHASES DE RÉADAPTATION
Programme T.C.C

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
♦ Stimulation cognitive et bilan fonctionnel. ♦ Adaptation d'évaluations formelles pour avoir profil plus complet et fidèle (re: limites de concentration, troubles de comportement). ♦ Contact avec TS de CHCD pour info. sur services de l'IRM pour transition. ♦ Transfert et contact avec CHCD pour retour au CH référant.	♦ Stimulation cognitive. ♦ Rééducation du langage. ♦ Participation à travers l'activité à la rééducation du langage. ♦ Évaluation des déficiences et incapacités. ♦ Plan d'intervention de réadaptation. ♦ Interventions de réadaptation : ◊ traitement des déficiences motrices ◊ ré-entraînement aux AVQ et AVD ◊ évaluation, entraînement, fabrication d'adaptations d'aides techniques nécessaires au fonctionnement quotidien ◊ intervention en loisirs (adaptation à l'environnement, relaxation, stimulation). ♦ information et support à la famille ♦ Interventions et suivi suite aux expériences des premières sorties et congés de fin de semaine. ♦ Support dans adapt. à nouvelles conditions physiques. ♦ Contact auprès d'organismes du milieu (groupe d'entraide, CLSC, etc). ♦ Éducation, information, sensibilisation de l'entourage à la problématique du T.C.C.	♦ Évaluation des capacités à long terme. ♦ Plan d'intervention de réadaptation et d'adaptation psychosociale et de retour à l'activité (vie à domicile, retour aux loisirs, travail), participation au PSI. ♦ Rééducation des comportements, activités domestiques, sorties. ♦ Réentraînement des habitudes et habiletés au travail (explorations, interventions spécifiques). ♦ Poursuite de la rééducation dans les différentes disciplines. ♦ Éducation des personnes du milieu sur stratégies mutuelles de communication entre personne et milieu. ♦ Adaptation des lieux et organisation des serv. à domicile (visites à dom., etc.). ♦ Support dans adapt. de la famille au handicap. ♦ Support dans les démarches auprès d'organismes ♦ Support à la famille pour développer réseau de support dans le milieu. ♦ Interventions en loisirs pour aider à l'adaptation psychosociale. ♦ Sensibilisation information, éducation personne ressource du milieu pour éventuelle réorientation (vocationnelle, scolaire) et références à des ressources. ♦ Information des CLSC et des personnes ressources du milieu sur le handicap. ♦ Au besoin intervention de l'enseignant (évaluation des antécédents scolaires, enseignement, orientation scolaire). ♦ Préparation et enseignement à la personne et ses proches des tech. de soins et des prog. d'exercices à faire à domicile, etc.	♦ Intervention pour le maintien des acquis, suivi externe, suivi ponctuel selon besoins. ♦ Collaboration avec ressources du milieu. ♦ Contrôles périodiques. ♦ Interventions en loisirs pour support et aide dans la poursuite des loisirs dans le milieu de vie.

Révision 10-04-95/HR

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET FÉDÉRATION DE LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC. Centres hospitaliers et établissements de réadaptation : partenaires pour la complémentarité des services de réadaptation - Une vision et des actions intégrées, 41 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. La réadaptation : tendances et perspectives, Synthèse d'une recension des écrits, Collection La reconfiguration du réseau, 1995, 30 p.
- BEAUDOIN, Dr Nicole, chef du programme des accidentés cérébro-vasculaires et Monique AUDET, coordonnatrice du programme. Institut de réadaptation de Montréal, Programme de réadaptation fonctionnelle globale, juin 1995, 27 p.
- BENOIT, Dana, ergothérapeute et June LITOWSKI, ergothérapeute. VIVRE APRÈS LA DOULEUR, Un guide de gestion de la douleur, 47 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Clarification des niveaux d'activités en réadaptation , 23 août 1996, 9 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Critères d'inscription : Critères généraux du Centre et critères spécifiques des programmes suivants : Atelier R.A.R.E., Centre de jour, Évaluation orientation au travail, Évaluation de la conduite automobile, Neurologie, Orthopédie, Réadaptation à domicile, Rhumatologie, Traumatologie craniocérébrale, septembre 1996.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE., Normes de pratique, Traitement de la fibromyalgie, 4 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Portefeuille des abrégés des programmes.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Présentation Programme des traumatisés crâniens cérébraux, mars 1998, 11 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Programme : conduite automobile, Présentation au conseil d'administration, 9 décembre 1997.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Programme de rhumatologie, Groupe d'ostéoarthrite, Sessions éducatives, 2 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Programme douleur chronique.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Rapport annuel d'activités 1996-1997, 20 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Réadaptation fonctionnelle intensive : Plan d'action, 2 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION CONSTANCE-LETHBRIDGE. Services offerts par le programme d'évaluation et orientation au travail relativement au programme de services d'évaluation et de développement des capacités de travail auprès des victimes couvertes par la loi sur l'assurance automobile, mai 1997.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Une aventure personnelle. Portefeuille des abrégés de programmes de réadaptation, mai 1995, 39 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Des gens qui aiment les gens : Rapport annuel 1996-1997, 18 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Des gens qui aiment les gens : Orientations stratégiques 1997-2002, 31 p.

- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Dossiers « Services supra-régionaux » : Inventaire et classification des activités de programme, version août 1996, 37 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme de réadaptation pour les personnes ayant une encéphalopathie, version 12 janvier 1993, 10 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme de réadaptation pour les personnes présentant une déficience motrice cérébrale, juin 1997, 15 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme blessés médullaires pour personnes accidentées ayant subi une blessure médullaire, avril 1997, 31 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies neurologiques et neuro-musculaires évolutives, version 12 janvier 1993, 11 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme de réadaptation pour les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique, version révisé 30 mai 1997, 10 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'intégration dans la communauté (PIC) pour personnes accidentées ayant subi un traumatisme cranio-cérébral léger, avril 1997, 32 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'intégration dans la communauté (PIC) pour personnes accidentées ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, avril 1997, 29 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'intégration au travail, 8 novembre 1994, 9 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'évaluation des capacités et des postes de travail, décembre 1997, 5 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'évaluation de la conduite automobile, 5 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme Répit-dépannage, novembre 1993, 10 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme de services externes spécialisés, version 12 janvier 1993, 8 p.
- CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Programme d'accès aux technologies informatiques, 18 décembre 1995, 7 p.
- CENTRE HOSPITALIER DES CONVALESCENTS DE MONTRÉAL, HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL CLSC MÉTRO. La mise en oeuvre d'un programme de réadaptation intensive de type ambulatoire, décembre 1996, version 6, 40 p.
- CENTRE HOSPITALIER RICHARDSON. Services externes de réadaptation intensive, cadre de référence, avril 1996, 9 p.
- CENTRE HOSPITALIER RICHARDSON. Services externes de réadaptation intensive : résultats de l'évaluation du projet. Rapport soumis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 7 mai 1997, 18 p.
- COMMISSION DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE. Rôle et orientations des établissements de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique au Québec, mai 1992, 69 p.
- FÉDÉRATION DE LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC ET FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. Liens de complémentarité entre les établissements de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique et les CLSC, 1995, 23 p.

- HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY, INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL ET HÔPITAL VILLA MEDICA. Programme régional de réadaptation pour la clientèle des personnes amputées, Rapports d'activités, janvier 1996 - février 1997, réédition du 26 mars 1997, 21 p.
- HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL, INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL, CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec, 14 février 1997, 21 p.
- HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL, INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL, CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU. Projet pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec : Bilan de la situation actuelle, 14 février 1997.
- HÔPITAL VILLA MEDICA, HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY, HÔPITAL MARIE CLARAC, HÔPITAL CATHERINE BOOTH, CENTRE HOSPITALIER RICHARDSON. La réorganisation des centres hospitaliers de réadaptation, L'actuel et le devenir, mai 1997.
- HÔPITAL VILLA MEDICA, HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY, HÔPITAL MARIE CLARAC, HÔPITAL CATHERINE BOOTH, CENTRE HOSPITALIER RICHARDSON. La réorganisation des centres hospitaliers de réadaptation, L'actuel et le devenir, Document annexe : indicateurs, mai 1997.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL, HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL. Élaboré conjointement. Programme des soins et services pour les personnes blessées médullaires. Novembre 1995, 64 p., annexes.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL. Direction des programmes de réadaptation et des services hospitaliers. Programme à l'intention des personnes traumatisées crânio-cérébraux. Mise à jour octobre 1991, 14 p.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL. Orientation 1991-1995, 19 novembre 91, 37 p.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL. Identification des niveaux de services (courants, spécialisés, ultra-spécialisés) par activités et programmes DMC, TCC, AVC, lésions médullaires, amputés. Document de travail produit à l'intention du comité sur les services supra-régionaux, septembre 1996.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL. Profil du plan d'organisation, Pour optimiser l'autonomie, mars 1996, 121 p.
- JUDICO. Loi sur les services de santé et services sociaux, Collection Lois et Règlements, 9^e édition, 1996-97, 1211 p.
- LAMARRE, Dr Céline, chef du programme des déficients moteurs cérébraux et Monique AUDET, coordonnatrice du programme. Clientèle Déficients moteurs cérébraux, Institut de réadaptation de Montréal, Programme de réadaptation fonctionnelle globale, juillet 1994, 16 p. et annexes.
- MARCOTTE, Anne-Claire. Rapport d'étape programmes de réadaptation en CHR, Villa Medica, CH Catherine Booth, CH Richardson, hôpital Marie-Clarac, CH des convalescents de Montréal en partenariat avec la Régie régionale de Montréal-Centre, mai 1996.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Orientations ministérielles : Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Un continuum intégré de services en déficience physique, 87 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle ayant une déficience motrice, 79 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme-cadre pour les personnes ayant une déficience physique, 1992, 70 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Projet : Identification et définition des services ultraspécialisés ou à vocation nationale en déficience physique, groupe de travail, décembre 1997, 28 p.