

PROJET



Clinique

DÉFICIENCE
physique

PROJET



Clinique

DÉFICIENCE
physique

GRILLE
de travail



DÉFICIENCE physique

GRILLE
de travail

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

Québec
Chaudière-
Appalaches





Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Céline Gagnon. Merci également à Louise Paré pour sa précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin

Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-290-X (version imprimée)
 2-89548-289-6 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Le contexte

Les personnes présentant une déficience physique ont une problématique particulière qui fait en sorte qu'elles peuvent requérir, selon le niveau d'incapacité associée à cette déficience, une gamme de services adaptés à leurs besoins et qui leur est propre. Ces services, dispensés par de nombreux partenaires du réseau de la santé, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels tels que les commissions scolaires, les centres de la petite enfance doivent être organisés selon un modèle hiérarchique en fonction du niveau d'expertise requise et adaptés aux besoins de la personne atteinte tout en favorisant son intégration dans la communauté. Cette façon de faire implique, entre autres pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, un partage clair des responsabilités, des mécanismes simples et efficaces de collaboration, une coordination des interventions et une ouverture à l'intervention intersectorielle dans un contexte de réseau de services intégrés. Cependant, un mode d'organisation de services hiérarchisés ne veut pas dire une intervention cloisonnée, bien au contraire. Un réseau implique des trajectoires de services clairement établies, bidirectionnelles où l'utilisateur circule librement de façon fluide et simplifiée.

Une approche de services intégrés

Concrètement, l'offre de service pour les personnes présentant une déficience physique est partagée, après la période d'hospitalisation lorsque requise, entre deux niveaux de services : les services de 1^{er} ligne qui sont la responsabilité des centres de santé et services sociaux (CSSS) et les services de deuxième ligne qui sont offerts par le CRDP, un établissement offrant des services spécialisés et qui a le mandat de desservir l'ensemble des personnes atteintes de la région de la Chaudière-Appalaches. Les organismes communautaires pour leur part viennent compléter l'offre de service par des activités de soutien à la famille, d'intégration au travail, d'assistance dans les rôles parentaux de même que des services d'entraide et de défense de droits qui prennent des formes multiples et diversifiées.

Le plan d'action en déficience physique

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé en octobre 2003 un plan d'action national 2004-2009, ayant comme lignes directrices :

- la participation sociale des personnes ayant une déficience physique comme finalité de l'ensemble des objectifs ;
- le maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel ;
- la nécessité d'apporter le soutien nécessaire aux familles et aux proches des personnes ayant une déficience physique ;
- la vision globale de la situation de la personne ayant une déficience physique comme base pour la mise en œuvre des objectifs ;
- le continuum de services intégrés comme perspective pour l'organisation des services ;
- le bon service au bon moment ;
- la complémentarité des programmes clientèle en ce qui a trait à la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique.

Découlant des orientations ministérielles « Un continuum intégré de services en déficience physique » de 1995, ce plan d'action propose 18 objectifs répartis en cinq thèmes. En voici une synthèse :

L'offre de service :

- Objectif 1 : Favoriser la détection précoce des problèmes spécifiques des personnes ayant une déficience physique, de même qu'un accès plus rapide et plus approprié aux services qui leur sont offerts.
- Objectif 2 : Déterminer l'offre de service pour les services généraux et spécifiques (diagnostic et réadaptation précoce) pour les personnes ayant une déficience physique par type de déficience.

- ◉ Objectif 3 : Déterminer l'ensemble des services spécialisés de réadaptation à offrir par type de déficience.
- ◉ Objectif 4 : Répondre plus efficacement aux besoins de la clientèle du Programme en déficience physique, aux besoins des familles des personnes concernées et de leurs proches en matière de soutien à domicile.
- ◉ Objectif 5 : Élargir la gamme des aides techniques et accroître leurs applications, de façon à répondre aux besoins des personnes ayant une déficience physique et veiller à mettre à jour ces aides techniques.
- ◉ L'accès aux services :
 - ◉ Objectif 6 : Dans une perspective de développement personnel, d'adaptation et de participation sociales, rendre accessibles aux personnes ayant une déficience physique les programmes de prévention en santé publique.
 - ◉ Objectif 7 : Déterminer les temps d'attente maximum en matière de diagnostic et de réadaptation précoce (services de santé physique) pour les personnes ayant une déficience physique.
 - ◉ Objectif 8 : Déterminer les temps d'attente maximum en matière de services spécialisés de réadaptation.
 - ◉ Objectif 9 : Participer au développement de mesures permettant aux personnes ayant une déficience physique d'accéder à un emploi.
 - ◉ Objectif 10 : Appuyer le développement de mesures permettant à des personnes ayant une déficience physique d'accéder à des activités qui favorisent leur développement et leur épanouissement.
 - ◉ Objectif 11 : Supporter la création de milieux résidentiels non institutionnels, intégrés dans la communauté et qui répondent aux besoins et aux choix des personnes ayant une déficience physique.
- ◉ La qualité des interventions :
 - ◉ Objectif 12 : Simplifier, harmoniser, rendre accessibles et tenir à jour régulièrement les règlements (programmes RAMQ) et les outils de gestion (programmes réseau) des programmes d'aides techniques.
 - ◉ Objectif 13 : Promouvoir et soutenir auprès des acteurs de 1^e ligne les pratiques préventives efficaces, en matière de services, prévues au Programme national de santé publique.
 - ◉ Objectif 14 : Que les acteurs des services de santé physique tiennent mieux compte des besoins des personnes ayant une déficience physique.
- ◉ Les outils de gestion :
 - ◉ Objectif 15 : Assurer un meilleur suivi de l'utilisation des aides techniques attribuées à la personne ayant une déficience physique incluant l'aide spécialisée nécessaire.
 - ◉ Objectif 16 : Concevoir des outils de détermination des besoins « populationnels » en matière de déficience physique.

○ La clarification des concepts :

- Objectif 17 : Clarifier certains concepts et certaines responsabilités en matière de services de santé physique dans la perspective d'un continuum de services intégrés.
- Objectif 18 : Clarifier certains concepts et certaines responsabilités en matière de réadaptation spécialisée dans la perspective d'un continuum de services intégrés.

En ce qui a trait aux orientations ministérielles relativement à l'offre de service destinée aux personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger, la région devra produire une trajectoire régionale de services qui sera intégrée au *programme services généraux activités cliniques et d'aide*.

Programme national de santé publique (PNSP)

On reconnaît depuis plusieurs années l'importance d'agir avant que ne surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. « Ce constat, étant l'un des fondements sur lesquels s'appuie l'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), se traduit de façon concrète par des initiatives qui font partie du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)¹ ». Les nombreuses interventions proposées visent à agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que surgissent ou se développent une déficience physique. De plus, certaines interventions favorisent l'identification précoce des problèmes spécifiques dans la population. Toutes ces activités préventives sont détaillées dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR) de Chaudière-Appalaches. Des informations plus spécifiques à la déficience physique ont aussi été puisées dans « Pour une véritable participation à la vie de la communauté, un continuum intégré de services en déficience physique ».

Indicateurs de résultats de santé (ESQ, 1998) (Plan régional de surveillance) :

- proportion de naissances vivantes de faible poids de moins de 1 500 g (CA : 0,9 %) (QC : 0,9 %) ;
- proportion des naissances vivantes prématurées (CA : 7,4 %) (QC : 7,5 %) ;
- prévalence de certaines anomalies congénitales (syndrome de down) (CA : 15,9 par 10 000 hab.) (QC : 12,7 par 10 000 hab.) ;
- prévalence des principaux problèmes de santé :
 - hypertension artérielle (CA : 8,9 %) (QC : 8,5 %) ;
 - accidents avec blessures (CA : 9,1 %) (QC : 7,8 %).
- taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels :
 - occupants de véhicules à moteur (CA : 6,8 par 10 000 personnes) (QC : 5,1 par 10 000 personnes) ;
 - cyclistes (CA : 1,4 par 10 000 personnes) (QC : 1,6 par 10 000 personnes) ;
 - chutes accidentelles (CA : 27,6 par 10 000 personnes) (QC : 27,9 par 10 000 personnes).
- population ayant une limitation d'activités à long terme (CA : 9,4 %) (QC : 9,3 %) ;
- taux d'enfants handicapés (CA : 14,5 par 1 000 enfants) (QC : 13,8 par 1 000 enfants) ;
- proportion d'élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage (CA : 11,6 %) (QC : 13,0 %).

¹ PNSP, 2003, p.1.

Le portrait de la population

Les données qui suivent sont extraites du « Portrait statistique de la population avec incapacité - Région Chaudière-Appalaches, 2003 (<http://www.ophq.qc.ca/Bibliotheque/Bureaux/Region12>). Les sources de données utilisées dans cette publication pour décrire les personnes ayant une incapacité sont les suivantes : Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA 1998), Enquête sociale et de santé (ESS 1998), Le recensement canadien de 1996, les données du MEQ, les données de la RRQ, les données du MFE et les données du MTQ.

- En 1998, 14 % de la population de 15 ans et plus de Chaudière-Appalaches, vivant en ménage privé, présentait une incapacité comparativement à 17 % pour le Québec. Le taux est de 32 % chez les femmes de plus de 65 ans (Québec 43 %) et de 43 % chez les hommes du même groupe d'âge (Québec 39 %) ;
- Les incapacités les plus prévalentes de la région sont celles liées à l'agilité (8 %), à la mobilité (7 %), à l'audition (3,3 %) et aux activités intellectuelles et à la santé mentale (3,2 %) ;
- Parmi la population de la région ayant une incapacité, 61 % est dite légère et 39 % modérée ou grave ;
- 31 % des personnes ayant une incapacité présentent une dépendance modérée ou forte, 34 % sont sans dépendance, mais limitées dans les activités et 11 % ne sont pas désavantagées malgré la présence d'une incapacité. Dans la région, c'est 62 % des femmes avec incapacité qui vivent une situation de dépendance en comparaison de 51 % des hommes ;
- Depuis 1998, la maladie chronique est la déficience la plus fréquente parmi les enfants inscrits à l'allocation pour enfants handicapés de la Régie des rentes. Ainsi en 2001, la maladie physique occupe le 1^{er} rang avec 40 % des cas et la déficience mentale le 2^e rang avec 38 % des cas ;
- Plus du quart des personnes ayant une incapacité juge leur état de santé comme excellent ou très bon, 26 % bon et 47 % l'estime comme moyen ou mauvais (en comparaison de 7 % des personnes sans incapacité) ;
- 22 % des personnes ayant une incapacité ont un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (18 % pour les personnes sans incapacité). Le phénomène est plus présent chez les femmes que chez les hommes ;
- Dans la région, près d'une personne sur cinq ayant une incapacité considère sa santé mentale comme moyenne ou mauvaise (6 % sans incapacité) ;
- Les hommes avec incapacité ont un revenu total moyen inférieur à celui des hommes sans incapacité (16 681 \$ c. 17 758 \$). Chez les femmes, il est de 11 509 \$ c. à 12 696 \$. Environ 32 % des personnes ayant une incapacité vivent dans un ménage considéré comme très pauvre ou pauvre en comparaison de 15 % des personnes sans incapacité. Elles sont également plus nombreuses à percevoir négativement leur situation financière (39 % c. 24 %) ;
- Dans la région, 49 % des personnes ayant une incapacité ont eu des dépenses occasionnées par leur situation. Seulement 33 % d'entre elles bénéficient d'une assurance privée couvrant les dépenses associées aux soins de santé ;
- Une plus faible proportion de personnes avec incapacité vivent seules dans la région (20 % c. 24 %) ;
- Dans la région, 25 % des femmes de 15 ans et plus ayant une incapacité ont des enfants à la maison comparativement à 48 % pour celles sans incapacité. 20 % des personnes ayant des incapacités se disent insatisfaites de leur vie sociale contre 9 % pour celles sans incapacité ;
- Près de 6 personnes sur 10 ont besoin d'aide dans la réalisation de leurs activités quotidiennes et 93 % en reçoivent. 21 % ont besoin d'aide personnelle, 32 % pour les tâches domestiques et 51 % pour les gros travaux ménagers ;
- 40 % des personnes ayant une incapacité à l'audition utilisent une aide technique et 14 % de celles ayant une incapacité liée à la mobilité. Ces proportions sont plus élevées que dans l'ensemble du Québec ;
- Dans la région, les personnes avec incapacités se distinguent de celles de l'ensemble du Québec en ce qu'elles sont, en proportion, plus nombreuses à utiliser une auto, un camion en tant que conducteur (76 % c. 66 %). Elles sont moins nombreuses à utiliser le transport en commun ou le taxi (2,7 % c. 16 %) ;
- 86 enfants handicapés fréquentaient les services de garde (54 CPE en installation, 29 CPE en milieu familial et 3 en garderie) ;

- 39 % des élèves handicapés avaient une DI, 28 % une déficience liée à la communication, 22 % une déficience motrice et 7 % des troubles de développement ;
- 27 % des personnes ayant une incapacité sont en emploi (59 % sans incapacité). Les hommes sont moins nombreux à être en emploi. Dans la région, 53 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ayant une incapacité sont inactives sur le marché du travail, 42 % sont occupées et 5 % en chômage ;
- Dans Chaudière-Appalaches, 9,4 % de la population déclare une limitation d'activités à long terme (Québec 9,3 %). Les femmes ont un pourcentage de 8,4 % (Qc : 10,4 %) et les hommes, 8,2 % (Qc 8,2 %). (Éco-Santé, 1998) ;
- Selon Éco-Santé (1999), le taux d'enfants handicapés est de 14,5 par 1 000 enfants dans la région et 13,8 par 1 000 enfants au Québec. Les taux régionaux sont plus hauts chez les garçons (16,4 par 1 000) que chez les filles (12,5 par 1 000). Les taux québécois sont semblables ;
- Les pourcentages d'élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage dans la région sont de 2,4 % au préscolaire, 10,9 % au primaire, 15,0 % au secondaire, pour un total de 11,6 %. Le pourcentage total du Québec est de 13,0 % (Éco-Santé, 1999).

Le programme *DÉFICIENCE PHYSIQUE*

POPULATION CIBLE

Toute personne dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner des incapacités significatives et persistantes liées à l'audition, la vision, le langage ou autres activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont à risque d'être réduites. Les services s'adressent également à leur entourage. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale. Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative (sclérose en plaques, ataxie de Friedreich, Parkinson) et qui correspondent à un profil de besoins de déficience physique font aussi partie de ce programme.

CLIENTÈLES PRIORITAIRES

- personne ayant une déficience physique vivant à domicile et requérant des services dans leur milieu de vie, ainsi que les familles et proches aidants ;
- la clientèle 0-5 ans atteinte de déficience motrice et de déficience de la parole et du langage.

CLIENTÈLES ÉMERGENTES

- bébés de petit poids qui survivent avec une possibilité accrue de présenter des déficiences congénitales importantes ;
- enfants avec retard de développement qui n'ont pas été diagnostiqués.

CIBLES CLINIQUES PRIORITAIRES

- maintenir et rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile (par les établissements de 1^e ligne et par les services spécialisés) ;
- offrir une réponse accrue aux besoins (augmentation de l'intensité) ;
- maintenir ou rehausser les mesures de soutien aux familles et proches aidants ;
- favoriser un accès plus rapide et plus approprié aux services offerts.

Indicateurs de résultats

- nombre de personnes ayant une DP et recevant des services de soutien à domicile du CSSS ;
- nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS par usager DP ;
- nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien à domicile par allocation directe ;
- nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation ;
- nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation ;
- nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation.

L'organisation actuelle des services

Accès aux services			Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
PROMOTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOSOCIALE												
Plan d'action régional de santé publique (PAR)	X	X	X		X	DSP	X	X			Le <i>programme de santé publique</i> propose de nombreuses interventions visant à améliorer la santé de la population. Il touche les domaines suivants : promotion de saines habitudes de vie et de la sécurité, la prévention touchant le développement, l'adaptation et l'intégration sociales, les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et au travail. La clientèle ayant une déficience physique, au même titre que les autres citoyens, peut se prévaloir de ces services. Le PNSP ne couvre pas, sauf rares exceptions, le champ des interventions en prévention tertiaire, soit l'ensemble des mesures visant à freiner l'évolution de la maladie ou en réduire les conséquences. Ces services	• Offrir, accueillir, adapter et rendre accessible, notamment par des aménagements architecturaux, le <i>programme de santé publique</i> afin de rejoindre la clientèle ayant une déficience physique ; • Adapter la promotion de ces programmes (diffusion dans les médias, plan de communication) pour la clientèle avec une déficience physique, notamment visuelle ou auditive ; • S'assurer que la clientèle a accès aux programmes de prévention et promotion sous la responsabilité d'autres réseaux que celui de la santé et des services sociaux.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											devraient être fournis dans les programmes spécifiques par le biais, notamment, des services de réadaptation et de suivi des personnes atteintes.	
Périnatalité et petite enfance			CSSS			DSP					Ces mesures visent à améliorer les conditions qui entourent la naissance ou la santé de tous les jeunes enfants et ceux qui proviennent de milieux socioéconomiquement défavorisés.	
Information en période prénatale			CSSS			DSP					Les informations en période prénatale peuvent être transmises sous différentes formes. Les rencontres prénatales (RPN) de groupe sont un moyen souvent privilégié. Elles devraient préparer les parents pour l'accouchement, améliorer les habiletés parentales, favoriser la promotion de l'allaitement maternel et soutenir les parents pour leur retour à la maison à la suite de la naissance. Tous les CSSS offrent des rencontres prénatales. Certains organismes communautaires en offrent aussi. Le nombre de	• Collaborer à la réflexion régionale sur les RPN ; • Poursuivre le RPN en attendant les recommandations de la DSP à la suite de la réflexion régionale ; • Développer des programmes efficaces en postnatal ; • S'assurer que la clientèle vulnérable reçoit une préparation prénatale adaptée à ses besoins ; • Diriger les femmes enceintes ou les conjoints qui présentent des besoins particuliers vers les ressources qui peuvent les soutenir de façon appropriée.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											rencontres varie d'un endroit à l'autre et certains CSSS offrent une rencontre postnatale. La prochaine Politique provinciale en périnatalité permettra de réfléchir régionalement sur les RPN afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins de la clientèle.
Retrait préventif		X	X			DSP			X		Ce programme répond à un droit qui vise à protéger la travailleuse enceinte et l'enfant à naître des dangers reliés au milieu de travail. Certains dangers reliés au milieu de travail ont un lien avec le risque de déficience physique chez l'enfant à naître. Les risques sont surtout de nature ergonomique, chimique et pour la sécurité. Environ 2 000 demandes de retrait préventif sont traitées par année dans la région. Le plus grand nombre de demandes se retrouve dans le secteur de la santé et des services sociaux. - Continuer à répondre aux demandes de consultation des médecins traitants ; - Explorer de nouvelles avenues pour organiser de façon plus efficace et efficiente ce service de consultation médicale ; - Contribuer à l'harmonisation des recommandations au niveau provincial sur les risques à la santé de la travailleuse enceinte.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Prévention des maladies infectieuses		X	CSSS			DSP	X	X			En début de grossesse, la contraction d'une maladie infectieuse par la mère peut provoquer une déficience physique chez l'enfant. Citons la rubéole, la varicelle, la toxoplasmose, le cytomégalovirus, etc. Par ailleurs, diverses encéphalopathies (atteinte ou souffrance cérébrale) peuvent amener des déficiences physiques chez l'enfant. Certaines de ces maladies, comme le méningocoque par exemple, peuvent être prévenues par la vaccination. - Poursuivre la vaccination des enfants et des jeunes ; - Poursuivre l'application des pratiques cliniques préventives auprès des femmes en âge de procréer et les femmes enceintes en tenant compte des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
Services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : - volet Soutien aux jeunes parents de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant ; - volet Soutien aux familles en situation d'extrême pauvreté, mère âgées de 20 ans et plus ;	X	X	CSSS			DSP					Les enfants provenant de familles vivant en contexte de vulnérabilité sont plus à risque de problèmes de santé physique et psychosociale tels que la naissance de bébés de petit poids, les retards de croissance intra-utérins, etc. La prématurité, et surtout la très grande prématurité, l'anoxie périnatale et les autres pathologies menaçant le développement cérébral (usage d'alcool, de drogues, exposition professionnelle, etc.), sont à l'origine des Pour les clientèles vulnérables : - Consolider le suivi intensif en prénatal et en postnatal jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école par des visites à domicile, de l'accompagnement dans le milieu et des interventions de groupe ; - Soutenir la création d'environnement favorables par l'action intersectorielle locale et régionale ; - Poursuivre le soutien à l'action communautaire ; - Intensifier les programmes

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
- programmes de nutrition périnatale (OLO/PCNP, Suppléments multivitamines et minéraux) ; - intervention en milieu de garde (Entente CLSC-CPE et développement des habiletés prosociales) ; - programme de soutien éducatif précoce comprenant le soutien aux habiletés parentales et la stimulation précoce (PACE et Y'APP) ; - prévention des traumatismes à domicile.										déficiences. On estime qu'environ 50 % des déficiences de l'enfant pourraient trouver leurs origines pendant la vie intra-utérine et jusqu'à 28 jours après la naissance. Les services intégrés en périnatalité favorisent le développement physique et psychosocial optimal des bébés à naître et des enfants et visent à améliorer les conditions de vie des familles défavorisées. Toutes ces interventions sont présentement à différentes phases d'implantation ou de consolidation. L'enjeu est d'intégrer ces composantes afin d'intervenir efficacement et de façon globale.	- de nutrition en périnatal et postnatal par une évaluation et un suivi nutritionnel par un diététiste ; - Développer les habiletés prosociales, de communication et d'autocontrôle chez les enfants de moins de 5 ans ; - Réviser les projets PACE dans la région en fonction des orientations nationales attendues ; - Réseauter et mettre à niveau la formation des animatrices du programme Y'APP ; - Poursuivre la distribution de trousse de sécurité préventives et la sensibilisation à la prévention.
Pratiques cliniques préventives		X	X			DSP		X			- Poursuivre l'application des pratiques cliniques préventives provenant des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ; - Poursuivre les interventions de counselling en matière d'habitudes de vie et d'hygiène de vie ;

Accès aux services		Dispensateurs			Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne		
										rubéole congénitale et autres intervention en lien avec les habitudes de vie. Le dépistage après la naissance de l'enfant comprend également la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale. Certaines pratiques cliniques préventives, lorsque appliquées systématiquement, contribuent à réduire plusieurs problèmes de santé chez le nouveau-né tels que la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance, les anomalies congénitales (Syndrome de Down), les syndromes causés par une infection maternelle (rubéole, toxoplasmose) et les problèmes reliés à la déficience en acide folique (anomalie du tube neural). De plus, certaines habitudes de vie de la mère (usage de tabac, d'alcool, de médicament) doivent être recherchées afin de diminuer les risques au nouveau-né tel que le syndrome de l'alcoolisation fœtale. D'autres problèmes de santé conduisant à une déficience physique peuvent être prévenus lors des consultations. • Encourager la référence de la clientèle en situation de vulnérabilité aux CSSS ; • Faire la promotion et le soutien à l'allaitement maternel ; • Faire la promotion quant à la prise suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer ; • Promouvoir la détection précoce des troubles de la parole et du langage lors des consultations au cours des deux premières années de vie ; • Promouvoir la détection précoce des problèmes d'attachement parents-enfant.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Traumatismes routiers (et hors routes)	X		X			DSP		X			- Poursuivre la vérification de l'installation des dispositifs de retenue pour l'enfant dans les voitures, incluant la clinique annuelle régionale ; - Poursuivre les actions spécifiques des trois regroupements intersectoriels en matière de prévention de l'alcool au volant de la région, couvrant les territoires de Beauce-Etchemins, de Bellechasse et de Lotbinière.
Traumatismes reliés aux activités récréatives ou sportives	X	X	X			DSP	X	X			- Promouvoir la sécurité dans la pratique des activités récréatives ou sportives en collaboration avec tous les acteurs du réseau, le milieu scolaire, les centres de la petite enfance et les municipalités ; - Soutenir les médecins et autres professionnels de la santé en matière de pratiques cliniques préventives en tenant compte des recommandations du <i>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs</i>.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Problèmes de santé et de sécurité reliés aux conditions de travail		X	X			DSP	X	X			De nombreux problèmes reliés à la santé et à la sécurité peuvent provoquer une déficience physique (visuelle, motrice ou auditive) chez les travailleurs. La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) s'occupe plus particulièrement de la promotion et du contrôle de la sécurité ainsi que de l'indemnisation des travailleurs accidentés. Selon la loi, l'application des programmes de santé relève du directeur de la santé publique. Suite à la restructuration du réseau de la santé et à la création des cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS), les services de santé au travail de la région doivent être revus afin d'offrir un service qui correspond aux besoins des travailleurs et des entreprises. • Développer des interventions préventives auprès des groupes de travailleurs non assurés par la CSST en collaboration avec d'autres partenaires (ex : producteurs agricoles, travailleurs autonomes, etc.) ; • Réviser le plan d'organisation des services de santé au travail en tenant compte des besoins de la population dans chaque territoire de CSSS ; • Poursuivre la mise en œuvre des programmes de santé ; • Collaborer, lorsque requis, avec la CSST pour améliorer la sécurité dans les entreprises.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE												
Maladies cardiovasculaires (MCV) Inclus : - maladies cardiaques ischémiques ; - accidents vasculaires cérébraux ; - hypertension artérielle (HTA).		X	X			DSP	X	X			Le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité sont les trois premières causes évitables de mortalité par maladies chroniques. L'HTA non traitée entraîne des complications incapacitantes sévères telles que l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, etc. L'adoption de saines habitudes de vie concernant le tabac, les saines habitudes alimentaires et l'activité physique constituent une mesure importante du plan de traitement pour maîtriser la tension artérielle et le risque athéroscléreux global. Un dépistage précoce permet aussi de traiter l'HTA et prévenir les conséquences néfastes.	- Développer des interventions efficaces en tabagisme (prévention, cessation), en promotion de l'activité physique et une saine alimentation dans une approche adaptée aux adultes ; - Poursuivre et améliorer la détection précoce de l'HTA et la prise en charge des personnes atteintes auprès des professionnels de 1^{re} ligne (CSSS, GMF).
Surdité liée au bruit environnemental et en milieu de travail		X	X			DSP			X		Le bruit est omniprésent dans la société, plus particulièrement dans les milieux de travail. De plus, il est souvent toléré. On estime à 33 000 les travailleurs exposés à des bruits nocifs et au moins	- Développer des interventions visant à diminuer le bruit et contribuer à changer les valeurs ; - Consolider les interventions sur la réduction du bruit dans les entreprises ciblées

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											5 000 travailleurs ou ex-travailleurs avec une surdité susceptible de causer des incapacités pouvant entraîner un handicap. Il est important de continuer à contribuer au changement des valeurs visant à considérer un enjeu de santé publique.	et ceux qui en font la demande ; • Améliorer les interventions en participant au <i>Groupe de travail régional bruit et surdité professionnelle</i> .
Prévention de la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les jeunes et les adultes	X	X	CSSS			DSP	X	X			L'usage abusif d'alcool et de drogues peut provoquer des dommages cérébraux menant à une déficience physique permanente.	• Développer les habiletés prosociales de communication et d'autocontrôle chez les enfants de moins de cinq ans ; • Déployer l'approche École en santé dans les établissements scolaires ; • Développer un service intégré visant la promotion de la santé psychosociale chez les personnes de plus de 18 ans par un intervenant dans chaque MRC qui mettra en œuvre un Plan d'action régional intégré élaboré par la DSP ; • Développer un modèle d'intervention de promotion de la santé psychosociale en milieu de travail en complémentarité avec les interventions visant la réduction des risques liés au travail.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Dépistage néonatal de la surdité		X				DSP	X	X			De nombreux centres hospitaliers au Québec ont débuté cette pratique. Actuellement, un comité d'experts de l'INSPQ évalue cette pratique.	• Ajuster les pratiques cliniques du dépistage néonatal de la surdité chez tous les nouveau-nés selon les recommandations de l'Institut national de santé publique (INSPQ).

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			

ÉVALUATION-SOUTIEN-TRAITEMENT

Accueil santé et psychosocial :											Le dépistage des TCC légers actuellement fait dans les urgences hospitalières pourrait être fait en 1 ^e ligne. Des corridors de services doivent être établis entre les services de 1 ^e ligne et de 2 ^e ligne.	- Consolider les services de réadaptation de 1^e ligne ; - Établir des corridors de services avec la 2^e ligne ; - Former les intervenants de 1^e ligne (services généraux, MD, GMF) afin d'assurer le dépistage.
• dépistage	X	• X	CSSS	X	X		X					
• évaluation			CSSS									
• orientation			CSSS	X			X					
• référence			CSSS	X	CJ CR		X					
Services de soins infirmiers		X (GMF)	CSSS				X				Les services généraux offerts en 1^e ligne doivent être accessibles à la clientèle DP. Leur consolidation et leur diversification permettraient d'assurer un dépistage et une évaluation par une équipe inter-disciplinaire qui favoriserait l'orientation vers le service approprié de 1^e ligne ou spécialisé permettant de répondre à leurs besoins. Lorsque la problématique est temporaire et que le besoin de services est ponctuel, la personne DP pourrait recevoir les services qu'elle requiert près de son milieu de vie. La mise en place des CSSS questionnera la pertinence de mettre en place des équipes spécifiques pour la clientèle DP. L'arrivée dans les territoires des CSSS de blessés modulaires (BM) ou des	- Consolider les équipes de 1^e ligne ; - Rendre accessibles en 1^e ligne des services d'orthophonie de même que d'ergothérapie (clientèle 0-5 ans) ; - Afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre professionnelle, revoir l'organisation du travail afin d'y associer du personnel de formation technique ; - Décentraliser les services offerts en CH (court et moyen termes) aux CSSS et au CRDP-CA ; - Stimulation précoce (0-5 ans) : consolider et diversifier les équipes de base en CSSS et prévoir des ententes de collaboration ou de service avec les partenaires ; - Établir des corridors bidirectionnels avec les services spécialisés ;
Services médicaux		M D	CSSS				X					
Services psychosociaux			CSSS				X					
Services diagnostiques			CSSS				X					
Services de base :												
• ergothérapie		•	CSSS	X		X						
• physiothérapie			CSSS	X		X	X					
• orthophonie				X		X	X	X		X		
• nutrition				X		X		X		X		
• inhalothérapie			CSSS				X					
Services de soutien à domicile (incluant aide domestique)												

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											bléssés orthopédiques graves (BOG) devra être supportée par la disponibilité de services professionnels, en services généraux de 1^e ligne, permettant de répondre aux besoins de cette clientèle. Il persiste des ambiguïtés pour la prise en charge de la clientèle PPALV. Des questionnements persistent par rapport aux clientèles référées par la SAAQ ou la CSST. Différentes formules sont utilisées pour le soutien à domicile : entreprises d'économie sociale, chèque-emploi service, allocation directe (SIMAD). Les coûts des <i>entreprises d'économie sociale</i> (EES) sont à la hausse et des difficultés de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre sont très présentes pour les utilisateurs de l'allocation directe ou du chèque-emploi-service. Le taux horaire accordé à l'intérieur du chèque-emploi-service est inférieur dans la région aux autres régions du Québec. - Harmoniser les critères d'accès aux différentes formules existantes (soutien à domicile) ; - Systématiser l'utilisation du PII et du PSI pour planifier les soins et services requis ; - Ratifier des ententes formelles avec les partenaires impliqués auprès de ces clientèles (SAAQ, consortium neurotraumatologie) ; - Faire connaître aux partenaires les services existants pour ces clientèles ; - Assurer une accessibilité aux services par l'identification d'une trajectoire claire de cheminement des demandes et une concertation inter-programmes au besoin ; - Chaque CSSS devra préparer un appel d'offres auprès des EES et se conformer aux règles du <i>programme d'exonération financière en soutien à domicile</i> (PEFSAD) ; - Ajuster le taux disponible pour le chèque-emploi-service au taux moyen des autres régions ; - Accompagner l'utilisateur dans ses choix.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Mécanismes d'accès				CSSS	CRDI CRDP CJ		X				Le dépistage de cas complexes, en 1 ^e ligne, nécessitera la mise en place d'un comité d'évaluation et d'orientation inter-établissements (CSSS/CJ/CRDI/CRDP/CETI) afin d'éviter à l'usager et à ses proches des problèmes de délai de même que de bris de continuité de services. Chacun des partenaires impliqués devra préalablement avoir déterminé ses critères d'accès.	- Évaluer en concertation avec les partenaires impliqués, le volume de clientèle potentielle ; - Mettre en place, sur une base territoriale ou en regroupant un certain nombre de CSSS, un mécanisme d'évaluation et d'orientation inter-établissements et interdisciplinaire ou siégeront l'ensemble des partenaires concernés.
Soutien technique :											Les délais d'attente à la SHQ, pour l'adaptation du domicile, sont de plus de trois ans. L'attribution des aides techniques pour les personnes sourdes devra faire l'objet d'un consensus entre les intervenants de la 1 ^e et la 2 ^e ligne. TSSCA est le fournisseur d'aides techniques non couvertes par d'autres sources gouvernementales (AVQ-AVD).	- Consolider les rôles respectifs du CRDP et des CSSS dans le volet d'adaptation du domicile ; - Clarifier le rôle du CRDP pour le suivi des adaptation faites dans le milieu de vie de l'usager ; - Établir les liens de complémentarité nécessaires entre les différents prestataires de services.
• fournitures		•		CSSS								
• équipement				CSSS								
• aides techniques				CSSS		TSSS CA						
• adaptation du domicile			X	CSSS	CRDP	SHQ						

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Services de stimulation précoce				CSSS							Les services de stimulation précoce sont peu développés en 1 ^e ligne. Il y aura lieu de préciser avec le CRDP le niveau, la nature des interventions.	- Préciser le type de clientèle visée par les services de stimulation précoce en 1^e ligne ; - Établir le partage des rôles entre le CSSS et le CRDP ; - Assurer le support du CRDP aux intervenants de 1^e ligne.
Hébergement en milieu substitut (RI/RTF) : - Adultes - Enfants	X			CSSS	X	X					La région possède quelques ressources adaptées pour la clientèle adulte (Ilot Desjardins, Le tremplin). Le volume de besoins n'est pas monitoré chez les enfants pour lesquels aucune ressource n'est disponible. Le CJ supplée pour combler le besoin pour la clientèle jeunes et enfants. Le mécanisme d'accès n'est pas formalisé.	- Déterminé la responsabilité du mécanisme d'accès (RI, RTF, autres) ; - Mesures alternatives à mettre en place (RTF, RI, chambre d'hôtel) afin de répondre aux exigences du consortium en neurotraumatologie (transferts avec délai zéro : clientèles TCC et blessées médulaires, lorsque fin de réadaptation à L'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ) ou CHA (Enfant-Jésus) ; - Développer, si requis, des ressources adaptées d'hébergement selon des modèles diversifiés ; - Mettre en place des projets novateurs qui interpellent différentes ressources incluant les ressources privées.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Soutien à l'usager aux familles et aux proches :											
• Répit-dépannage				CSSS							• Développer dans la région une ressource permettant de répondre aux besoins de la clientèle (1 lit/35 000 pop) ; • Évaluer la pertinence de développer des ressources adaptées, dans la communauté, pour la clientèle atteinte de multiproblématique enfants et adultes ; • Évaluer la possibilité d'utiliser les lits d'URFI du CRDP-CA ; • Augmenter l'accessibilité aux ressources de répit avec coucher et assurer à ces ressources le soutien professionnel approprié lorsque la clientèle le requiert ; • Projets novateurs à développer au profit de cette clientèle ; • Adapter l'offre de service en fonction d'une approche par besoins plutôt qu'une approche service.
• Avec hébergement				CSSS		X					
• Sans hébergement	OC			X		X					
• Hébergement :				CSSS					X		
• Dans la communauté				CSSS		X					
• Adultes	X			CSSS		X					
• Enfants	X			CSSS		X					
• Accompagnement	OC				X						• Assurer un support aux OC impliqués (1^e ligne et CRDP) ; • Assurer un partage de services entre les différents OC impliqués auprès de la clientèle.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Popote roulante	OC		X			X					Service disponible dans chacune des MRC mais non dans toutes les municipalités. Il est offert de façon irrégulière et selon des horaires différents d'un territoire à l'autre. D'autres partenaires pourraient être mis à contribution (épiceries, restaurants).	Assurer une fréquence du service en fonction des besoins identifiés des clientèles à desservir ; Là où cela est requis, ratifier des ententes avec d'autres partenaires afin de donner un accès simplifié et continu au service.
Services de transport	OC		X			X					Les services de transport adaptés sont accessibles dans toutes les MRC, mais non dans toutes les municipalités. Des difficultés d'arrimage sont présentes entre les différents services de transport. Le transport intégré (loisir, hors territoire) demeure cependant une problématique sur laquelle il y aura lieu de se pencher en collaboration avec les municipalités.	Assurer, en collaboration avec les partenaires municipaux, une accessibilité à des services de transport ; Prévoir une accessibilité horaire les fins de semaine et jours fériés ; Entreprendre, avec les milieux locaux, des démarches afin de diversifier les moyens mis à la disposition des usagers (transport scolaire, transport taxi, Allo stop...).
Activités communautaires	OC			X		X					Certaines activités adaptées sont dispensées ou organisées par les OC Ces personnes ont cependant peu accès aux activités offertes par les municipalités, les écoles, ce qui a un impact sur leur intégration sociale. Les activités à	Avec les municipalités, explorer la mise en place de services adaptés ou des moyens afin de faciliter l'accès aux services municipaux à la clientèle handicapée (incluant la clientèle sourde et aveugle) ; Évaluer la possibilité de

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											caractère occupationnel sont également développées inégalement dans les territoires. Des problématiques perdurent au niveau des services d'interprétariat, de transport et d'accompagnement. Il n'existe pas de service pour la clientèle sourde.	développer une formule « centre de jour » pour la clientèle adulte.
Soutien civique	OC		X			SRIEQ Regroupement des sourds EES				X (srieq)	Les services de soutien civique sont peu accessibles aux clientèles malentendantes et sourdes. Le même énoncé s'applique aux autres clientèle DP. Les OC sont responsables du volet défense des droits.	- Établir des collaborations par le biais de protocoles formels entre les différents prestataires de services (CH, CSSS, écoles) ; - Préciser les services disponibles au CRDP pour cette clientèle ; - Les services d'interprétariat et d'aide à la communication doivent être consolidés et rendus accessibles partout sur le territoire.
Soutien aux rôles parentaux	OC			CSSS	CRDP						Plusieurs partenaires se partagent le soutien aux rôles parentaux selon la complexité de la problématique et les services requis. Ces services sont de différentes natures telles que : des services psychosociaux, de l'information, un soutien éducatif et une assistance aux parents. Les OC en assurent le suivi en dehors des périodes actives de réadaptation et de traitement.	- Clarifier les rôles entre les différents partenaires ; - Lorsque requis, soutenir les OC par l'identification de mécanismes de références et de collaboration.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Assistance à l'apprentissage à domicile	X		CSSS		CR				X	Les services d'apprentissage sont disponibles par les commissions scolaires. Ils sont accessibles pour la clientèle lourdement handicapée. Cependant, l'aide aux devoirs constitue une problématique plus importante encore pour les enfants entendants de parents sourds. Ces services sont peu disponibles à partir des CSSS et les services spécialisés se doivent de compenser. L'assistance aux rôles parentaux est également problématique, compte tenu des critères définis dans les programmes existants (PSJP-NEGS).	- Consolider les services de 1^e ligne et établir des liens de collaboration avec le secteur de l'éducation, le milieu communautaire ; - Assurer un soutien spécialisé par la 2^e ligne aux services de 1^e ligne au besoin ; - Mettre en place des corridors de services simplifiés et bidirectionnels.
Soutien à l'intégration à l'emploi	X			X	CRDP					Le CRDP assure l'intégration à l'emploi pour la clientèle qu'il dessert. Certains organismes communautaires offrent également des activités en ce sens. À ce jour, le CSSS est peu interpellé.	- Revoir les rôles et responsabilités des différents partenaires dans l'offre de service ; - Convenir de protocoles clairs de transfert d'information afin d'assurer le continuum de services ; - Systématiser l'utilisation du PSI.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Soutien à l'intégration sociale et à l'intégration scolaire pour les personnes lourdement handicapées	X		X	CSSS	CR				X (MSSS -MEQ)	X (avec CPE)	Créée au cours de 2004, par le MESSF, conjointement avec le MSSS, <i>la mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handicapés ayant d'importants besoins</i> consiste à attribuer à un service de garde, après démonstration des besoins de l'enfant, un soutien financier pour couvrir <u>une partie des frais supplémentaires occasionnés par les heures additionnelles requises</u> (maximum de 3 heures par jour, 5 jours par semaine) de présence d'une personne chargée d'accompagner et d'assister l'enfant qui participe aux activités éducatives et autres activités courantes du milieu. Elle s'adresse à l'enfant handicapé de 59 mois ou moins qui fréquente un service de garde à l'enfance. <u>Il s'agit d'une mesure de dernier recours</u> , une fois que le service de garde, aussi bien que le réseau de la santé et des services sociaux ont pris toutes les	• Mettre en place, dans chaque territoire de CSSS en collaboration avec les milieux de garde, les mesures nécessaires à l'intégration du jeune dans son milieu de garde, notamment la Mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde ; • Harmoniser l'application des protocoles CSSS-CPE ; • revoir le nombre de places réservées disponibles et leur utilisation ; • informer les CPE sur le financement disponible pour supporter l'intégration.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
										autres mesures adaptées aux besoins et à la situation de l'enfant. Le <i>Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés en services de garde</i> est une référence incontournable pour connaître les rôles et responsabilités attendus de chacun des partenaires dans ce processus. Le partenariat, sur certains territoires, devra être renforcé avec les CPE et il y a lieu de questionner si l'entente MSSS-MEQ est utilisée de façon optimale.	
Prévention des abus	OC		X	X	X					Compte tenu de la vulnérabilité de la clientèle, il convient que chaque partenaire impliqué soit attentif à toutes manifestations d'abus de toutes sortes.	• Systématiser le dépistage des abus auprès de la clientèle ; • Supporter le rôle des OC oeuvrant dans ce champ d'activités.

Accès aux services			Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
SERVICES SPÉCIALISÉS												
Diagnostic et traitement			X		CR		X				<u>Déficiência motrice</u> : des délais d'attente pouvant atteindre 1 an à 1,5 an sont observés. <u>Déficiência visuelle</u> : IRDPQ offre les services à titre supplétif jusqu'à la 2 ^e phase du PFT du CRDP-CA. <u>Déficiência auditive (DA)</u> : il existe des délais pour obtenir des services spécialisés. <u>Déficiência du langage (DPL)</u> : attente de plus de deux ans (clientèle enfant). Soutien à l'intégration : en post-réadaptation, c'est un organisme communautaire qui a un mandat SAAQ régional (Association TCC des deux rives). Soutien aux familles et aux proches : lien avec la politique de soutien à domicile. L'Association TCC des deux rives est signataire d'une entente avec la SAAQ pour	• Diminuer les liste d'attente pour les personnes présentant une DP ; • Pour la clientèle en déficiência visuelle, l'Agence devra ratifier les protocoles nécessaires avec l'IRDPC afin de rendre accessibles les services à sa population ; • En DA, en revoyant l'organisation du travail, afin d'optimiser les ressources ou par le biais de ressources supplémentaires ou d'ententes de service avec des partenaires privés du réseau ou communautaires ; • Tenir compte du protocole d'entente interrégionale Québec-Chaudière-Appalaches et des ententes MSSS-MEQ en vigueur ; • En DPL, assurer une accessibilité aux services par le biais d'ententes avec les partenaires concernés ; • Compléter l'offre de service d'URFI : 12 lits répartis sur 3 sites (2 sur le littoral, 5 en Amiante, 5 à Montmagny-L'Islet) ; • Clarifier les rôles et responsabilités du CRDP-CA et des partenaires et prévoir des mécanismes de transfert
Évaluation fonctionnelle et référence			X		CR		X					
Réadaptation fonctionnelle intensive (DM)												
• interne					CR							
• externe					CR							
Services spécialisés de réadaptation :												
• ergothérapie					CR							
• physiothérapie					CR							
• orthophonie					CR							
• déficiência visuelle						IRDPQ						
Soutien à la famille et aux proches				X	CR							
Stimulation précoce				X	CR							
Soutien à l'intégration	X			X	CR					X		
Réadaptation pour la clientèle TCC					CR		X		X	X		

- Diminuer les liste d'attente pour les personnes présentant une DP ;
- Pour la clientèle en déficiência visuelle, l'Agence devra ratifier les protocoles nécessaires avec l'IRDPQ afin de rendre accessibles les services à sa population ;
- En DA, en revoyant l'organisation du travail, afin d'optimiser les ressources ou par le biais de ressources supplémentaires ou d'ententes de service avec des partenaires privés du réseau ou communautaires ;
- Tenir compte du protocole d'entente interrégional Québec-Chaudière-Appalaches et des ententes MSSS-MEQ en vigueur ;
- En DPL, assurer une accessibilité aux services par le biais d'ententes avec les partenaires concernés ;
- Compléter l'offre de service d'URFI : 12 lits répartis sur 3 sites (2 sur le littoral, 5 en Amiante, 5 à Montmagny-L'Islet) ;
- Clarifier les rôles et responsabilités du CRDP-CA et des partenaires et prévoir des mécanismes de transfert

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											le maintien des acquis de la clientèle TCC une fois la réadaptation terminée. Elle contribue au soutien à l'intégration sociale et dessert également la clientèle non couverte par l'entente SAAQ. D'autres organismes communautaires desservent l'ensemble des clientèles présentant une DP incluant la clientèle des TCC. Des travaux sont actuellement en cours entre le MSSS et sa SAAQ afin de revoir l'offre de service disponible dans le système public pour les accidentés de la route.	d'information avec les CSSS afin d'assurer la continuité des services ; • Mettre en place une structure régionale de coordination des services ; • Élaborer des mécanismes de collaboration avec les organismes communautaires (APHQ) ; • Assurer l'actualisation du plan d'action 2004-2005 de l'Association des TCC des deux rives en collaboration avec trois associations de personnes handicapées ; • Soutien à l'intégration socio-professionnelle : participer au développement de mesures permettant aux personnes ayant une déficience physique d'accéder et d'être maintenues en emploi : lien avec les centres de main-d'œuvre spécialisée, CAMO, SEMO, les municipalités, la SIQ, le ministère des Transports et le milieu associatif ; • Réviser les ententes entre le CRDP et le CRDI relativement à l'offre de service aux enfants présentant un retard de développement.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Services d'aides techniques :											Les aides techniques couvertes par la RAMQ sont attribuées par le CRDP-CA. Les aides techniques pour les AVQ et les AVD sont dispensées par le TSS-CA. Certaines aides techniques sont dispensées par les CSSS. La partie entraînement, lorsque requise, est confiée au CRDP-CA.	• Établir des ententes de service ou de collaboration entre les différents dispensateurs de services ; • Le CRDP doit pouvoir rendre accessibles aux CSSS ses services d'expertise lorsque requis ; • Assurer un service de dépannage pour la réparation de fauteuils roulants.
• Attribution et positionnement				X	CR	X						
• Entraînement				X	CR							
• Réparation				X	CR	X						
• Orthèse-prothèse					CR							
Traitement et soutien pour les personnes ayant une multiproblématique				X	CR				X	X	Le suivi et les services offerts à cette clientèle ne sont pas clairement établis. Il n'existe pas de ressource adaptée tant pour la clientèle adulte que pour les jeunes.	• Entente à établir entre les CSSS et les différents partenaires ; • Entente à conclure avec le CRDP-CA et les principaux partenaires concernant l'offre de service requise par la clientèle. Mettre en place un mode d'intervention en co-responsabilité ; • Consolider l'offre de service.
Traitement en lien avec un neurotraumatisme		X		X	CR		X		X (SAAQ + CSST)	X	Obligation de retour en région : délai zéro (neurotraumatologie) : Lien avec corridor de service en traumatologie (CH, préhospitalier). Offre de service aux Grands brûlés, une fois les soins aigus donnés par les centres d'expertise.	• Formation TCC léger à prévoir pour les CSSS et les organismes communautaires de même que pour le MD ; • En attente des travaux du MSSS (TCC léger).

Accès aux services		Dispensateurs						Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire			
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne					
Évaluation pour conduite automobile			X		CR	X					Persistance des listes d'attente.		- Diminuer les listes d'attente ; - Établir, au besoin, des mécanismes de liaison ou de références vers les ressources privées.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
SERVICES SURSPÉCIALISÉS												
Soutien aux interventions de 2 ^e ligne sur place ou à distance					CR	IRDPQ					Travaux en cours au MSSS.	Partage des responsabilités IRDPQ et CRDP-CA à préciser.
AUTRES												
Adaptation de véhicule					CR	X					Très longue attente SHQ.	- Prévoir des places pour accueillir des usagers en région, en fin de réadaptation, dans un délai zéro ; - Entreprendre des démarches auprès de la SHQ afin de rehausser les investissements consentis à ce service.
Adaptation de domicile				CSSS	CR CSSS	SHQ						