



## **PLAN D'ACTION 2013-2015**

**SERVICES DESTINÉS AUX ADULTES**

**AYANT UNE DÉFICIENCE MOTRICE**

**Agence de la santé et des services sociaux de Montréal**  
Direction générale

**Juin 2013**



# **PLAN D'ACTION 2013-2015**

**SERVICES DESTINÉS AUX ADULTES**

**AYANT UNE DÉFICIENCE MOTRICE**

**Agence de la santé et des services sociaux de Montréal**  
Direction générale

**Juin 2013**

**Coordination**

Françoise Alarie, Coordinatrice, Planification et Évaluation, chargée de projet Modernisation des CHU

**Rédaction**

Jocelyn Lavallée, consultant

Johanne Trépanier, agente de planification, de programmation et de recherche

Ce document est réalisé avec la collaboration de  
Margarida de Andrade, agente administrative

**Production**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Direction générale

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

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation  
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition  
d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISBN 978-2-89510 – 634-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510 – 635-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2013

**Ce document est disponible :**

au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

à la section « documentation » du site Internet de l'Agence : [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	6
LISTE DES ACRONYMES .....	7
MISE EN CONTEXTE.....	8
SOMMAIRE .....	9
<b>3. DES LIENS AVEC DES TRAVAUX RÉGIONAUX .....</b>	<b>12</b>
3.1. LE PLAN RÉGIONAL 2011-2012 SUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ (PRAAC).....	12
3.2. LE CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD).....	12
3.3. LES TRAVAUX D'OPTIMISATION SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD) .....	12
3.4. LE CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES SERVICES POSTHOSPITALIERS DE RÉADAPTATION ET DE SOINS SUBAIGUS .....	13
3.5. LE PLAN CLINIQUE RÉGIONAL EN SANTÉ PHYSIQUE 2013-2014.....	13
<b>4. UNE VISION INTÉGRÉE DU MODÈLE DE SOINS ET SERVICES .....</b>	<b>13</b>
<b>5. LES CONSTATS .....</b>	<b>14</b>
<b>6. LES PRIORITÉS ET PISTES D'ACTION .....</b>	<b>15</b>
6.1. LE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD).....	15
6.2. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE.....	16
6.3. UNE OFFRE DE SERVICES RÉSIDENTIELS PLUS ADAPTÉS.....	17
6.4. UNE INTENSIFICATION DES SERVICES DE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS.....	18
6.5. L'AMÉLIORATION DE LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES.....	19
6.6. DES MESURES POUR FAIRE FACE À LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE SPÉCIALISÉE EN RÉADAPTATION .....	20
<b>7. LES MODALITÉS DE SUIVI.....</b>	<b>20</b>
<b>8. LES INDICATEURS DE RÉSULTATS .....</b>	<b>21</b>
<b>9. CONCLUSION .....</b>	<b>22</b>

## REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal tient à remercier les personnes qui ont participé aux travaux initiés en 2011, visant l'élaboration du plan d'action 2013-2015 sur les services destinés aux adultes ayant une déficience motrice. Les professionnels de la direction générale de l'Agence ont travaillé en étroite collaboration avec plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu associatif afin de présenter un état de situation et proposer des pistes d'action dont la mise en œuvre s'échelonnait de 2013 à 2015.

Nous souhaitons remercier chacune de ces personnes et souligner l'implication de leur organisation respective, pour leur investissement, leur expertise, leurs connaissances et leur disponibilité.

Madame Françoise Alarie, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Monsieur Jocelyn Lavallée, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Madame Carole Bellavance, CSSS de la Pointe-de-l'Île	Madame Kateri Leclair, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
Madame Michèle Bérubé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Madame Geneviève Lefebvre, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Monsieur Jean-Pierre Bluteau, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Madame Hazel Lefebvre, Hôpital Villa Médica
Monsieur Gabriel Bouchard, Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain	Monsieur Pierre-Yves Lévesque, Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain
Madame Diana Chin, CSSS Cavendish	Madame Myrlande Martin, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Monsieur Louis Côté, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Madame Johanne Mathon, CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
Madame Rolande Daignault, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Madame Andrée-Anne Perron, Office des personnes handicapées du Québec
Madame Louise Deschamps, CSSS de l'Ouest-de-l'Île	Madame Sylvie Riopel, Regroupement des aidants et des aidantes naturels de Montréal (RAANM)
Madame Antoinette Di Re, Centre universitaire de santé McGill	Monsieur Martin Thériault, Ex Aequo
Madame Michelle Gadoury, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Madame Christine Trudel, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Madame Nicolina Gesualdi, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Madame Sylvie St-Pierre, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Monsieur Éric Landry, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	

Nous souhaitons remercier également tous les établissements et les organismes de la région de Montréal impliqués auprès de cette clientèle, pour leur disponibilité et leur générosité au cours du processus de collecte de données.

Merci enfin aux membres du comité interdirection de l'Agence de santé de Montréal qui ont contribué à la bonification des pistes d'action qui leur ont été soumises.

## LISTE DES ACRONYMES

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AQESSS	Association québécoise d'établissements de la santé et des services sociaux
CES	Chèque emploi service
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRI	Clinique réseau intégrée
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DI-TED	Déficience intellectuelle-Trouble envahissant du développement
DM	Déficience motrice
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSIE	Demande de service interétablissement
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SAD	Services à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARCA	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte
SIGACO	Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien
SRA	Service régional d'admission
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

## MISE EN CONTEXTE

Les travaux menés par l'Agence au cours des quinze dernières années ont permis de résoudre plusieurs difficultés touchant l'organisation des services pour les personnes présentant une déficience physique. Le travail devant se poursuivre, l'Agence retient comme une de ses priorités stratégiques 2010-2015, la révision du continuum de services pour les personnes présentant un profil de déficience physique<sup>1</sup>. Ce faisant, elle souhaite entre autres, répondre aux attentes du milieu communautaire qui à plusieurs reprises a fait des demandes afin de pallier le manque d'harmonisation des services et ce, plus particulièrement au soutien à domicile.

Le conseil d'administration de l'Agence formule, en juin 2011, une résolution visant à mettre en place un comité consultatif dont le mandat est de réaliser un état de situation de l'offre de services puis d'émettre des recommandations pour un plan d'action visant l'amélioration des services pour les adultes avec une déficience motrice. Ce plan d'action est défini par le conseil d'administration de l'Agence comme étant une première phase d'un plan d'action plus global qui éventuellement, inclurait aussi la clientèle présentant un déficit visuel, auditif et du langage.

Basé sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services, ce plan d'action tient compte à la fois, des orientations ministérielles et des travaux régionaux en déficience. Les actions prévues doivent s'inscrire dans une perspective visant à promouvoir la participation sociale pleine et entière des personnes ayant une déficience motrice; elles incluent aussi les besoins des proches aidants.

Les travaux du comité consultatif débutent en septembre 2011. En avril 2012, un état de situation est déposé au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de l'Agence. En décembre 2012, le comité consultatif termine ses réflexions et émet ses recommandations.

---

<sup>1</sup> Planification stratégique montréalaise 2010-2015 : des priorités urbaines pour des Montréalais en santé, p.40.

## SOMMAIRE

Prenant en compte le fait qu'au Québec près de 70 % des personnes de 15 ans et plus avec une déficience physique présente une incapacité au niveau de la mobilité ou de l'agilité<sup>2</sup>, l'élaboration d'un plan d'action pour la clientèle adulte avec déficience motrice est proposée. Celui-ci est défini par le conseil d'administration de l'Agence comme étant une première phase d'un plan d'action plus global qui éventuellement, inclurait aussi la clientèle présentant un déficit visuel, auditif et du langage.

La clientèle visée est définie comme étant les personnes de 18 ans et plus présentant une déficience d'un système organique qui entraîne ou risque, selon toute probabilité, d'entraîner des incapacités significatives et persistantes reliées aux activités motrices. Le plan d'action s'adresse à la clientèle montréalaise dont le niveau de gravité de l'incapacité est de modéré à grave et qui reçoit des soins et services du réseau de la santé et des services sociaux. Les six priorités d'action suivantes sont retenues :

- le renforcement des services de soutien à domicile;
- l'amélioration de l'accès à une première ligne médicale;
- une offre de services résidentiels plus adaptés;
- une intensification des services de soutien aux proches aidants;
- l'amélioration de la continuité et de la complémentarité des services;
- des mesures pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre spécialisée en réadaptation.

Chacune de ces priorités d'action a fait l'objet de pistes d'action qui s'inscrivent en complémentarité avec les travaux régionaux<sup>3</sup> en cours. Les travaux identifiés portent donc sur :

- le plan régional 2011-2012 sur l'amélioration de l'accès et la continuité (PRAAC) ;
- le cadre de référence sur les services de soutien à domicile (SAD);
- l'optimisation sur les services de soutien à domicile (SAD);
- le cadre de référence sur les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus;
- le plan clinique régional en santé physique 2013-2014.

Elles s'inscrivent également en accord avec les orientations ministérielles :

- les orientations en déficience physique du MSSS « Pour une véritable participation à la vie de la communauté »<sup>4</sup> ;
- la politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix »<sup>5</sup> ;
- la politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées « À part entière pour un véritable exercice du droit à l'égalité »<sup>6</sup> ;
- et enfin, le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience « Afin de faire mieux ensemble »<sup>7</sup>.

Prenant en compte le contexte d'optimisation qui prévaut actuellement au sein du réseau de la santé et des services sociaux et la durée limitée du plan d'action (2 ans), le comité consultatif mis sur pied par l'Agence, a cherché à identifier les actions les plus porteuses permettant d'obtenir des résultats probants à moyen terme.

---

<sup>2</sup> Vivre avec une incapacité au Québec, ISQ(2010), p. 82.

<sup>3</sup> Les liens avec les travaux régionaux entrepris par les différentes directions de l'ASSSM sont précisés au chapitre 3.

<sup>4</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-841-01.pdf>

<sup>5</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>.

<sup>6</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>.

<sup>7</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>.

## 1. LES OBJECTIFS

Il importe dans un premier temps de rappeler les objectifs tels que décrits dans le mandat élaboré par le conseil d'administration de l'Agence et qui sont à la base du plan d'action 2013-2015:

- améliorer l'offre de service, les besoins de la clientèle et la configuration du réseau montréalais de la santé et des services sociaux qui repose sur deux grands principes, soit l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services, vus sous l'angle de l'accessibilité universelle ;
- développer une vision commune de certaines notions, notamment celles concernant les services spécialisés de réadaptation, de santé physique, de gestion des aides techniques et de la politique de soins à domicile ;
- améliorer l'atteinte des objectifs du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience ;
- renforcer les liens de collaboration intersectoriels avec les partenaires qui représentent cette clientèle ;
- et enfin, déterminer des moyens concrets pour mieux supporter les familles, les proches et les intervenants.

Le maintien dans le milieu de vie « naturel » et l'accessibilité aux services sont les deux éléments qui ont inspiré l'ensemble de la démarche du comité puisqu'ils permettent à des personnes ayant un handicap physique d'accéder à des activités qui favorisent leur développement et leur épanouissement.

## 2. LA CLIENTÈLE

### 2.1 La définition

Le plan d'action 2013-2015 cible donc principalement les personnes présentant une déficience motrice. De façon plus spécifique, la clientèle prioritaire retenue est définie comme étant celle qui vit avec des incapacités significatives et persistantes :

« Personne de 18 ans et plus<sup>8</sup> ou, si moins de 18 ans, avoir un profil adulte, présentant une déficience d'un système organique qui entraîne ou risque selon toute probabilité d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale ».

Cette définition s'inspire de celle retenue dans les orientations ministérielles 2004-2009 en déficience physique<sup>9</sup>. Elle a été adaptée afin de correspondre spécifiquement à une clientèle adulte ayant une déficience motrice. Les notions « significative et persistante » sont importantes puisque ce sont les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités, que l'on peut qualifier de significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie.

---

<sup>8</sup> Cela pourrait inclure une personne de 16 ans lorsqu'il faut évaluer sa capacité à conduire, adapter son véhicule ou lui offrir des services du programme TEVA (transition école vie active).

<sup>9</sup> Orientations ministérielles en déficience physique, Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Objectifs 2004-2009, Santé et services sociaux Québec, 15 octobre 2003.

Par ailleurs, une définition de la déficience motrice tirée d'un document de la Fédération des Conseils de Parents d'Élèves (FCPE) retenue par le comité consultatif. Elle apporte des précisions supplémentaires sur les impacts d'une déficience motrice:

«**Une déficience motrice** est une atteinte du système nerveux (cerveau, moelle épinière ou nerfs), des muscles, des os ou des articulations qui provoque une limitation des aptitudes motrices. Les aptitudes motrices sont toutes les aptitudes liées au maintien de la position du corps (posture et équilibre) et aux mouvements. Une personne présentant une déficience motrice pourra par exemple rencontrer des difficultés pour marcher, maintenir son équilibre, manipuler des objets, parler ou manger. Une déficience motrice peut être **congénitale** (présente dès la naissance) ou **acquise** (à la suite d'un accident ou d'une maladie). Elle peut être **stable** ou **évolutive**.»<sup>10</sup>

## 2.2 Caractéristiques de la population présentant une déficience motrice

À partir des données de l'enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)<sup>11</sup>, le MSSS, dans son document portant sur les orientations ministérielles en déficience physique 2004-2009, estime à 8,8 % la prévalence au Québec, d'incapacités liées à la mobilité pour les personnes de 15 ans et plus<sup>12</sup>. Les personnes ayant des incapacités sont celles qui ont déclaré avoir de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne ou qui ont signalé un problème de santé qui les restreint dans leurs activités.

La prévalence augmente avec l'âge passant de 5,3 % chez les 15 à 64 ans à 25,6 % chez les 65 ans et plus. Ainsi, en 2006, 143 941 Montréalais de 15 ans et plus étaient atteints d'une incapacité liée à la mobilité. L'EPLA démontre aussi que le niveau de gravité de l'incapacité fluctue selon l'âge<sup>13</sup> :

<i>Gravité de l'incapacité</i>	<i>15-64 ans</i>	<i>65 ans et plus</i>
Légère	32,9 %	32,5 %
Modérée	26,8 %	24,0 %
Grave	28,7 %	25,5 %
Très Grave	11,5 %	18,0 %
Total	100,0 %	100,0 %

Enfin, l'EPLA présente dans son étude, quelques caractéristiques psychosociales de cette clientèle :

- 45 % d'entre eux gagnaient moins de 15 000 \$ ;
- 38 % n'avaient aucun diplôme ou certificat ;
- 68 % rapportaient être inactifs ;
- 30 % vivaient seuls ;

<sup>10</sup> Fédération des Conseils de Parents d'Élèves (FCPE) : [http://www.fcpe13.asso.fr/site\\_ds/ds20.html](http://www.fcpe13.asso.fr/site_ds/ds20.html).

<sup>11</sup> Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006, Institut de la statistique du Québec, 2010.

<sup>12</sup> La population adulte de l'enquête de l'EPLA est définie comme étant celle des 15 ans et plus alors que celle du plan d'action est de 18 ans et plus. Il faut donc considérer un certain écart à la baisse par rapport aux statistiques présentées.

<sup>13</sup> Idem, p. 85.

- 23 % rapportaient avoir changé de logement dans la ville de Montréal durant les cinq dernières années.

Le plan d'action s'adresse donc à la clientèle dont le niveau de gravité est de modérée à grave ce qui réduit le nombre de montréalais de 15 ans et plus à environ 65,000 personnes qui sont dans une proportion importante, pauvres, peu scolarisées et plutôt isolées.

### **3. DES LIENS AVEC DES TRAVAUX RÉGIONAUX**

La réflexion menant à l'élaboration du plan d'action 2013-2015 a permis de mettre en lumière que plusieurs propositions à l'étude ont un lien avec divers travaux en cours à l'Agence. Des corridors de services ont déjà été délimités pour certaines clientèles; des paramètres d'action et de collaboration, établis entre les établissements partenaires. Voici, en bref, les travaux réalisés ou en cours.

#### ***3.1. Le plan régional 2011-2012 sur l'amélioration de l'accès et la continuité (PRAAC)***

L'Agence effectue des travaux afin de baliser l'accès et la continuité des services destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Ils visent à assurer aux personnes ayant une déficience et à leur famille, l'accès à un premier service en CSSS ou en CRDP dans des délais raisonnables et à améliorer la continuité des services en favorisant l'optimisation et l'harmonisation des processus. Les principes directeurs qui ont été établis ont un lien avec certaines des pistes d'action que le comité propose. Citons entre autres :

- l'organisation des services centrée sur les besoins de la personne et de ses proches ;
- l'harmonisation d'une offre de service sur l'ensemble du territoire notamment en CSSS ;
- l'utilisation d'outils standardisés tel le plan de services individualisé (PSI) pour assurer une meilleure coordination des services à l'intérieur du réseau intégré de services (RIS) ;
- le cheminement d'une référence entre les établissements par la demande de service inter établissement (DSIE) ;
- l'instauration d'un intervenant pivot ou pivot réseau responsable de coordonner les services, pour une personne et sa famille, lorsque les services sont dispensés par plusieurs intervenants ou programmes, plusieurs établissements et partenaires ;
- l'optimisation des trajectoires de services, le développement de mesures supplétives et la gestion intégrée des services sont aussi en cours.

#### ***3.2. Le cadre de référence sur les services de soutien à domicile (SAD)***

À l'automne 2012, l'Agence amorce des travaux visant à revoir l'offre de service de soutien à domicile dans le réseau des CSSS. La production d'un cadre de référence doit apporter des balises plus claires sur la nécessité de la diversité d'un panier de services adapté aux besoins de la clientèle et favoriser une meilleure harmonisation des services entre les territoires de CSSS.

#### ***3.3. Les travaux d'optimisation sur les services de soutien à domicile (SAD)***

Des travaux sur l'optimisation des services de soutien à domicile en CSSS sont en cours depuis 2010 et visent à revoir les façons de faire afin d'assurer une meilleure utilisation des ressources disponibles. L'objectif est d'accroître de 10 % d'ici 2015, le nombre total d'heures de services

directs en Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées (SAPA) à domicile, avec une déficience physique (DP) ou avec une déficience intellectuelle-trouble envahissant du développement (DI-TED).

### **3.4. Le cadre de référence sur les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus**

Le cadre de référence sur l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus, élaboré en 2007 puis révisé en juin 2010, permet d'identifier les clientèles visées, spécifier les critères d'admission et de fin d'intervention ainsi que les modalités d'accès aux services. Un comité régional a été mis en place pour suivre l'ensemble des paramètres d'organisation des services posthospitaliers dans le respect du cadre de référence.

### **3.5. Le plan clinique régional en santé physique 2013-2014**

L'Agence initie, à l'automne 2012, une démarche visant à élaborer un plan d'action dont l'objectif est de revoir plusieurs continuums de services du programme de santé physique (trauma, AVC, douleurs chroniques, etc.). Certains éléments de ce plan régional auront, à terme, un impact sur les pistes d'action qui ont été retenues.

## **4. UNE VISION INTÉGRÉE DU MODÈLE DE SOINS ET SERVICES**

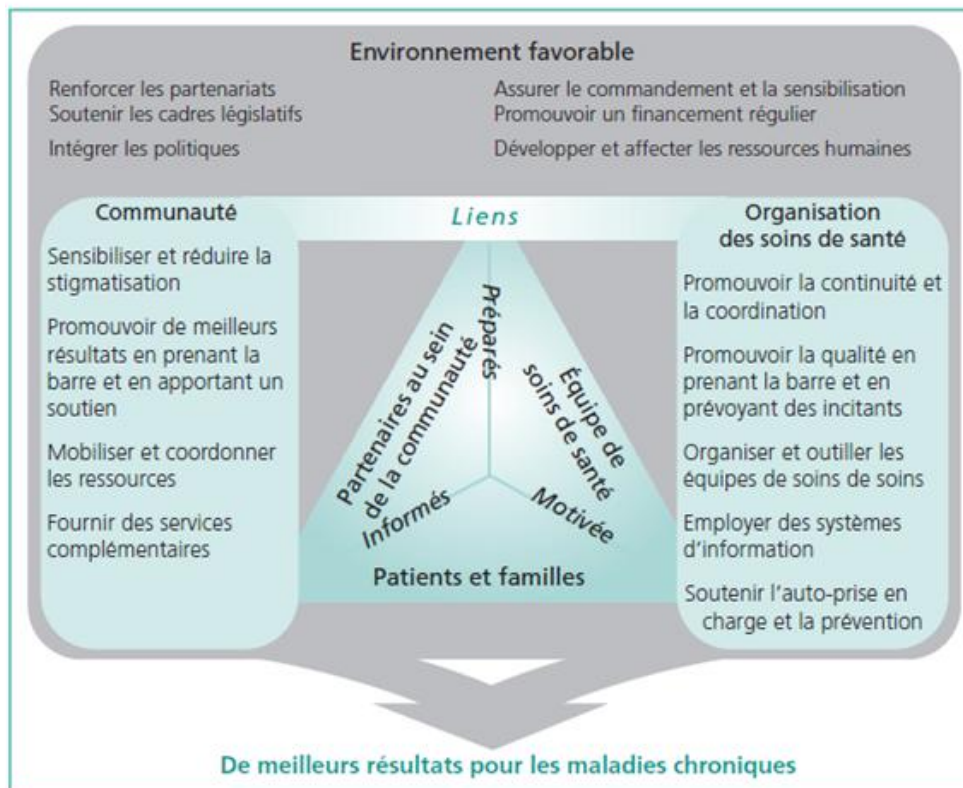
Le modèle de soins et services préconisé pour soutenir le plan d'action en déficience motrice adulte est celui de l'Organisation mondiale de la santé : *Cadre de soins novateurs pour les affections chroniques*<sup>14</sup> qui est une variante du modèle de Wagner. L'idée principale est que l'obtention des résultats optimaux passe par l'interaction de trois éléments, à savoir un partenariat entre les malades et les familles, les équipes de soins de santé et les partenaires-clés au sein de la communauté qui apportent leur soutien. Ce modèle permet de mettre l'emphase sur les éléments suivants :

- la préparation des personnes à participer à leurs soins (autogestion de leur santé) :
  - agir non seulement sur la connaissance, mais aussi sur les habiletés et la capacité d'intervenir de ces personnes ;
- la participation des personnes à leurs soins soutenues par leur famille, l'équipe de soins et les partenaires de la communauté ;
- l'organisation, la coordination et la continuité des services ;
- la mise en place d'une équipe de soins bien organisée et équipée ;
- un environnement politique favorable qui supporte les interventions en matière des maladies chroniques : politiques intégrées, financement, ressources humaines, cadres législatifs, partenariat intersectoriel, leadership.

---

<sup>14</sup> Des soins novateurs pour des affections chroniques, Éléments constitutifs, Organisation mondiale de la santé, 2003, page 7.

## Le cadre des soins novateurs pour les maladies chroniques



Plusieurs éléments constitutifs du modèle régional d'organisation des services en déficience physique sont déjà mis en place. Cependant, les informations recueillies confirment que des difficultés persistent au niveau de l'accès, la continuité et la complémentarité des services.

## 5. LES CONSTATS

Les travaux du comité consultatif permettent d'identifier douze constats qui confirment que des améliorations doivent être apportées à l'offre de service pour les adultes avec une déficience motrice. En voici un rappel :

- les données épidémiologiques régionales, nationales et internationales récentes laissent présager une augmentation de l'incidence de certaines pathologies en déficience motrice dans les prochaines années ;
- la participation sociale des Montréalais vivant avec des incapacités graves demeure un objectif régional à privilégier ;
- les proches aidants souhaitent recevoir des services qui sont accessibles, flexibles, suffisants et qui correspondent à leurs besoins variés et évolutifs ;
- les incapacités motrices limitent parfois l'accès aux lieux où les soins sont prodigués tels les cliniques médicales ou les établissements de santé ;
- l'intensité des services à domicile offerts par les CSSS est fonction des ressources dont disposent les programmes de soutien à domicile. Il existe certaines disparités entre l'intensité des services offerts par les CSSS entraînant une certaine iniquité entre les usagers résidant dans les différents territoires de CSSS ;

- des balises claires devraient mieux définir l'offre de service régionale sur le plan de la réadaptation;
- les trajectoires de services entre les CSSS, les CHR et les CRDP mériteraient d'être mieux définies et les corridors de services, consolidés ;
- certains problèmes identifiés attestent d'une difficulté de coordination et de complémentarité des services. Par exemple, peu de mécanismes de coordination interétablissements sont utilisés comme le PSI ou l'intervenant pivot;
- des travaux interpellent bon nombre d'interlocuteurs provenant de différents secteurs d'activités (scolaire, municipal, communautaire et autres) et des moyens de partage d'information seraient à renforcer;
- Il existe des lacunes dans l'offre de milieux résidentiels substitutifs adaptée aux besoins des personnes ayant des incapacités physiques graves; les CHSLD deviennent la principale alternative lorsque l'offre de service en soutien à domicile des CSSS ne parvient pas à combler efficacement les besoins des personnes vivant avec des limitations physiques importantes;
- on dénombre une multitude de programmes d'aides techniques gérés au niveau national, régional et local qui n'ont pas tous les mêmes exigences et critères d'admissibilité, ce qui complique la sélection d'un ou des programmes adaptés au besoin d'un usager;
- des difficultés de recrutement de certaines catégories de professionnels de la réadaptation dont notamment les physiothérapeutes et les ergothérapeutes s'accroîtront dans les prochaines années.

## **6. LES PRIORITÉS ET PISTES D'ACTION**

À partir des constats établis, six priorités d'action sont retenues soit :

- le renforcement des services de soutien à domicile (SAD) ;
- l'amélioration de l'accès à une première ligne médicale ;
- une offre de services résidentiels plus adaptés ;
- une intensification des services de soutien aux proches aidants ;
- l'amélioration de la continuité et la complémentarité des services ;
- des mesures pour faire face à la pénurie de la main-d'œuvre spécialisée en réadaptation.

Les 16 pistes d'action qui découlent de ces priorités ont été choisies à partir de critères de faisabilité : elles se doivent d'être réalisables dans le temps et mesurables.

### **6.1. Le renforcement des services de soutien à domicile (SAD)**

Dans le respect du choix des individus, le domicile sera toujours la première option à envisager. Les services de maintien à domicile dispensés par les CSSS sont donc essentiels à l'actualisation de ce choix. Toutefois, on observe des écarts entre les services offerts par les 12 CSSS, écart qui milite en faveur d'une meilleure harmonisation des services.

En 2010-2011, les CSSS ont desservi 8,580 personnes avec profil déficience physique (Profil 210) au programme de soutien à domicile alors que la cible fixée par les ententes de gestion était de 11,722 personnes. Cette clientèle qui représente 13 % des personnes desservies par le programme SAD consomme près de 41% des services.

Les données 2010-2011 montrent également que les services offerts varient de façon importante d'un territoire de CSSS à l'autre. En considérant les personnes inscrites au programme de chèque

emploi services (CES) et desservies par la main d'œuvre indépendante, l'intensité de services d'un territoire à l'autre varie de 95 heures à 254 heures.

Certains CSSS ont établi des niveaux de priorité afin de répondre aux besoins grandissants de la clientèle de leur territoire. Ils limitent parfois les heures requises pour certains types de services ou clientèles et constituent une liste d'usagers en attente d'un rehaussement des services.

Tenant compte à la fois de l'élaboration par l'Agence d'un cadre de référence sur les services de soutien à domicile et des travaux en cours sur le suivi d'implantation du plan régional d'amélioration de l'accès et la continuité (PRRAC), les pistes d'action suivantes sont privilégiées :

Pistes d'action :

- Prendre en compte les besoins spécifiques de la clientèle avec une déficience motrice dans l'élaboration du cadre de référence régional sur les services à domicile SAD et notamment :
  - ✓ poursuivre l'utilisation de modalités d'évaluation des besoins avec des outils adaptés tels que l'OEMC et les profils ISO-SMAF;
  - ✓ uniformiser les critères d'attribution des services pour répondre à un besoin en terme d'intensité de services et assurer une équité interterritoriale ;
- Assurer une meilleure coordination de services en poursuivant l'implantation des mécanismes déjà identifiés au PRAAC (ex. : plan de service individualisé-PSI, intervenant pivot ou intervenant pivot réseau, etc.);
- Poursuivre les travaux du projet d'optimisation SAD (programmes SAPA, DP et DITED) qui devront à terme permettre une augmentation de l'offre de services directs.

## **6.2. L'amélioration de l'accès à la première ligne médicale**

Selon la dernière enquête populationnelle réalisée par l'Agence en 2010, 30 % des Montréalais n'avaient pas accès à un médecin de famille. Lorsque des incapacités motrices limitent l'accès aux lieux où ces soins sont prodigués, la situation devient encore plus complexe.

Actuellement, le système d'information disponible (SIGACO<sup>15</sup>) ne fournit pas d'information sur les durées d'attente et la proportion de la clientèle avec déficience physique inscrite au guichet d'accès à un médecin de famille. Un portrait plus juste de ces personnes et un plan d'action pour faciliter l'accès font partie des travaux de l'Agence et ce, en collaboration avec les DRMG des territoires de CSSS.

Enfin, les personnes en fauteuil roulant font face à des situations où ils voient parfois leur accès limité et ce, dues à des infrastructures ou des équipements peu adaptés à leur condition. Le personnel pourrait être sensibilisé davantage aux besoins spécifiques de cette clientèle. Pour faire face à ces difficultés, les pistes d'action suivantes sont privilégiées:

<sup>15</sup> Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien

Pistes d'action :

- ➔ Explorer différentes options pour améliorer l'accessibilité à un médecin de famille dont celle d'assurer une représentation auprès du DRMG régional, des DRMG locaux et autres instances médicales concernant l'accessibilité aux services;
- ➔ Proposer une recommandation au MSSS pour inscrire cette clientèle sur la liste des clientèles vulnérables;
- ➔ Explorer la possibilité d'utiliser les budgets disponibles (budget d'immobilisation à l'Agence, SHQ, etc.) afin d'adapter certaines cliniques médicales pour en favoriser l'accès;
- ➔ Investiguer les moyens pour améliorer l'accès aux services en assurant une plus grande diffusion des ressources accessibles:
  - explorer les différentes alternatives dans le cadre de la refonte du portail « Santé Montréal »;
  - travailler sur les normes d'accessibilité du web;
- ➔ Sensibiliser le personnel de la santé à la problématique des personnes ayant une incapacité significative et persistante au plan de la motricité.

### **6.3. Une offre de services résidentiels plus adaptés**

Dans sa politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix », le MSSS définit que

*« toute personne ayant une incapacité significative et persistante doit pouvoir vivre dans son domicile et participer à la vie de son milieu dans des conditions qu'elle juge satisfaisante pour elle et ses proches »<sup>16</sup>.*

Quelle que soit l'option retenue, il est essentiel de préserver le droit de l'usager à choisir le milieu de vie qui lui convient. Différents types de ressources doivent être disponibles et une flexibilité doit être établie dans la prestation des services à domicile afin de couvrir l'ensemble des besoins. Actuellement, le CHSLD demeure la principale alternative pour répondre aux besoins des personnes qui nécessitent un hébergement. Les ressources non institutionnelles sont gérées par des établissements ou par des organismes communautaires et sont peu connues du réseau. Les quelques projets alternatifs déjà réalisés n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle.

---

<sup>16</sup> Chez soi, le premier choix, La politique de soutien à domicile, Ministère de la santé e des services sociaux, p. 5

Afin d'offrir des services résidentiels plus adaptés, les pistes d'action suivantes sont donc privilégiées :

Pistes d'action :

- ➔ En complémentarité avec les travaux de l'Association québécoise d'établissements de la santé et des services sociaux (AQESSS) et de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), établir un état de situation sur les besoins non comblés en matière de ressources non institutionnelles à Montréal, et ce, particulièrement pour la clientèle des CSSS;
- ➔ Développer une réflexion avec les partenaires afin d'identifier des formules novatrices gagnantes en termes de services résidentiels, et ce, en fonction des différentes clientèles;
  - ✓ Prioriser le développement de nouveaux modèles de ressources résidentielles qui :
    - correspondront à un milieu de vie;
    - tiendront compte des particularités individuelles de la personne au niveau de sa mobilité physique et fonctionnelle et de ses interactions sociales.

#### **6.4. Une intensification des services de soutien aux proches aidants**

Une des lignes directrices des « Orientations ministérielles 2004-2009 en déficience physique » concerne la nécessité d'apporter aux familles et aux proches le soutien nécessaire. Il y est spécifié que :

*« le réseau de la santé et des services sociaux doit intensifier et diversifier ses engagements au chapitre du soutien aux familles et aux proches des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes, notamment au moyen d'allocations de services, de services de répit et de dépannage et d'autres mesures leur permettant de jouer pleinement leur rôle sans se substituer aux services plus formels et s'épuiser »<sup>17</sup>.*

Le niveau de soutien actuel fourni par les CSSS ne répond pas entièrement aux besoins et aux attentes des familles. Certains d'entre eux réduisent ou plafonnent l'aide financière attribuée à une personne, et ce, afin d'aider le plus grand nombre de familles possible. Cette situation affecte la portée réelle de ces interventions et requiert du proche aidant d'assumer une partie importante des services requis.

Le maintien à domicile d'une personne qui présente un handicap moteur sévère nécessite un soutien à la personne et aux proches aidants afin d'éviter l'épuisement, la détresse et l'isolement. L'objectif demeure d'éviter de recourir, faute de services insuffisants à domicile, à un hébergement non adapté aux besoins. Le manque d'information sur la condition de l'aidé et son évolution, les ressources, programmes et autres aides disponibles font aussi partie de la problématique.

Afin de mieux les soutenir dans leur rôle, les pistes d'action suivantes sont donc privilégiées:

<sup>17</sup> Orientations ministérielles en déficience physique, Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Objectifs 2004-2009, Santé et services sociaux Québec, 15 octobre 2003, page 28.

Pistes d'action :

- ➔ Développer des services de répit soit de type:
  - ✓ hébergement temporaire où la personne est prise en charge à l'extérieur de son domicile dans un milieu adapté;
  - ✓ gardiennage à domicile 24h/24, flexible et ajusté à la personne afin de lui permettre de demeurer dans son milieu de vie naturel;
- ➔ Consolider les services de soutien psychosocial pour les proches aidants notamment en:
  - ✓ procédant à une évaluation systématique de la situation du proche aidant pour mieux le soutenir dans son rôle;
  - ✓ délimitant mieux les paramètres de leur implication en tant que proche aidant;
- ➔ Renforcer les services d'accompagnement offerts par certains organismes communautaires pour les rendez-vous médicaux et les activités sociales.

### **6.5. L'amélioration de la continuité et la complémentarité des services**

Les banques de données actuelles ne nous permettent pas de réaliser une évaluation adéquate des trajectoires de services entre les différents établissements. Au-delà de certains problèmes d'accessibilité aux services déjà documentés au suivi du plan régional de l'amélioration de l'accès et la continuité (PRAAC), l'analyse de la provenance des demandes a démontré principalement que les CSSS reçoivent peu de demandes en provenant des CRDP et qu'inversement, les CSSS réfèrent rarement leur clientèle aux CRDP.

Le manque de connaissance et de complémentarité dans l'offre de service des différentes ressources jumelé à la multiplicité des acteurs impliqués et des programmes disponibles (incluant les aides techniques) contribue à hausser les délais d'accès et à causer des dédoublements d'évaluation et de services. Les procédures administratives notamment pour l'accès aux services ou aux aides techniques sont lourdes. L'obligation d'avoir une prescription médicale pour plusieurs de ces programmes constitue une entrave supplémentaire à l'accessibilité.

Le Plan d'accès ministériel aux services pour les personnes ayant une déficience<sup>18</sup> rappelle les éléments à considérer dans une définition des trajectoires de services :

- la détermination des clientèles communes à plus d'un établissement ou prestataire de services;
- l'offre de service nécessaire aux clientèles communes et les responsabilités respectives des établissements pour la prestation des services;
- les règles liant les établissements et les partenaires aux différents moments du continuum afin d'éviter les interruptions de services ou un accès linéaire aux services;
- les modes de liaison bidirectionnelle entre les établissements.

---

<sup>18</sup> Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, Afin de faire mieux ensemble, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, juin 2008, page 26.

Tenant compte de ces éléments, les pistes d'action suivantes sont privilégiées :

Pistes d'action :

- Développer des corridors de services, identifier des trajectoires qui départagent les rôles et responsabilités des acteurs impliqués (CSSS, CHR, CRDP, CH, organismes communautaires) et établir des ententes entre les partenaires dans le but de développer une complémentarité de services et diminuer les délais d'accès aux services requis;
- Diffuser une information plus complète pour les programmes d'aides techniques disponibles;  
*Des liens devront être assurés avec les travaux liés au Plan régional d'amélioration de l'accès et la continuité (PRAAC) et au Plan clinique régional en santé physique 2012/2014 puisque certaines de ces actions y sont aussi considérées.*

### **6.6. Des mesures pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre spécialisée en réadaptation**

Une pénurie de ressources humaines actuelle et anticipée en réadaptation est identifiée, et ce, principalement pour des services d'ergothérapie et de physiothérapie. Cette pénurie est causée par les nombreux départs à la retraite et le phénomène d'attraction du réseau privé qui offre plus de souplesse dans les conditions de travail des employés.

Le système d'information sur les ressources humaines (SI-RH) montre d'ailleurs que le nombre de postes vacants en physiothérapie et en ergothérapie dans plusieurs établissements montréalais est demeuré autour de 10 % pour l'année 2010-2011. Les CSSS, comme les CHSGS, sont contraints d'avoir recours à des professionnels des agences pour combler temporairement des postes. Cela les emmène à considérer les besoins de formation de cette main-d'œuvre.

Le plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre 2010-2015<sup>19</sup> élaboré par l'Agence prévoit des mesures pour contrer la pénurie des ressources de réadaptation. En tenant compte de ces orientations, la piste d'action suivante est donc privilégiée:

Piste d'action :

- Effectuer un suivi des mesures de recrutement et de rétention du personnel de réadaptation via le plan d'action régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre (PADMO 2012-2015).
  - ✓ disposer de personnel compétent dans une offre de service adaptée aux besoins de la clientèle.

## **7. LES MODALITÉS DE SUIVI**

Afin d'arrimer l'ensemble des travaux de l'Agence et de maintenir une cohérence dans les priorités d'action retenues pour les adultes avec une déficience motrice, il est proposé d'explorer

<sup>19</sup> Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre 2010-2015, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, décembre 2010.

les meilleures stratégies qui vont permettre d’assurer un suivi intégré, et ce, tout en favorisant l’implication des usagers et des partenaires.

Il est aussi proposé d’explorer la pertinence d’une association possible avec les représentants de la Ville de Montréal afin de soutenir des actions touchant l’accessibilité aux programmes de loisir, d’emploi et de logement.

## 8. LES INDICATEURS DE RÉSULTATS

Soulignons que les travaux de l’Agence demeureront un point de référence. Pour permettre d’évaluer le niveau de mise en œuvre des six priorités d’action proposées, une liste d’indicateurs basée sur les pistes d’action a été définie. À titre indicatif, la source de données de l’indicateur a été ajoutée.

Les priorités d’action	Indicateurs	Source de données
Le renforcement des services de soutien à domicile SAD	1. Nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile par les CSSS	Indicateur de gestion
	2. Nombre d’heures de services directs au SAD long terme par usager au programme DP	Indicateur de gestion
	3. Pourcentage d’usagers dont une OEMC et un profil ISO-SMAF ont été complétés	I-CLSC
	4. Pourcentage d’usagers avec un intervenant pivot/réseau	I-CLSC
L’amélioration de l’accès à une première ligne médicale	5. Nombre de personnes avec profil DP inscrites au système SIGACO (vérifier la faisabilité)	SIGACO
	6. Nombre d’usagers inscrits en GMF/CRI avec profil déficience physique (vérifier la faisabilité)	RAMQ
Une offre de services résidentiels plus adaptés	7. Nombre de nouvelles places résidentielles adaptées développées sur le territoire montréalais	Agence
Une intensification des services de soutien aux proches aidants	8. Nombre moyen d’heures de services allouées pour des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités sur la base du Plan d’intervention (DP) (en cours de vérification de la faisabilité)	Indicateur de gestion
	9. Nombre d’usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC) – Proches aidants (en cours de vérification de la faisabilité)	Indicateur de gestion
L’amélioration de la continuité et la complémentarité des services	10. Taux de demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du <i>Plan d’accès aux services des personnes ayant une déficience</i> (CSSS et CRDP)	Indicateur de gestion
	11. Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (tous âges et toutes priorités)	Indicateur de gestion
	12. Pourcentage d’usagers ayant un plan de service individualisé (PSI) complété	I-CLSC

Les priorités d'action	Indicateurs	Source de données
Des mesures pour faire face à la pénurie des ressources humaines	13. Nombre d'effectifs professionnels physiothérapeutes et ergothérapeutes dans les établissements offrant de la réadaptation	R-22, R-25
	14. Nombre moyen d'heures de services professionnels en soutien à domicile reçues par les personnes ayant une déficience physique	Indicateur de gestion

## 9. CONCLUSION

Le plan d'action 2013-2015 pour les personnes ayant une déficience motrice adulte demeure un engagement de l'Agence à mettre en œuvre des actions afin de soutenir une démarche continue d'amélioration des services.

Le succès de ce plan d'action repose avant tout sur la mobilisation et la concertation des intervenants et gestionnaires de tous les paliers décisionnels. Comme le souligne le Plan d'action ministériel en déficience physique :

*« la réalisation d'une telle entreprise exige l'engagement et la collaboration de tous les acteurs, c'est-à-dire les personnes ayant une déficience physique elles-mêmes et leurs proches, le milieu associatif qui les représente, le réseau de prestation de services et finalement le réseau d'organisation de services »<sup>20</sup>.*

L'arrimage avec les travaux en cours au MSSS et à l'Agence demeure un des leviers importants pour améliorer l'accès et la continuité des services à cette clientèle.

<sup>20</sup> Orientations ministérielles en déficience physique, Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Objectifs 2004-2009, Santé et services sociaux Québec, 15 octobre 2003, page 67.



*Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal*

Québec 