



Cadre de référence

Hiérarchisation des services en déficience physique

Région des Laurentides
Mai 2013

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-89547-205-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89547-206-3 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.santelaurentides.qc.ca/

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

Adopté par le conseil d'administration le **13 juin 2013**

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

SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

AEO :	Accueil-Évaluation-Orientation
AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS :	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPE :	Centre de la petite enfance
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DI :	Déficience intellectuelle
DP :	Déficience physique
HLM :	Habitation à loyer modique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAD :	Programme d'adaptation du domicile
PALV :	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PII :	Plan d'intervention individualisé
PPH :	Processus de production du handicap
PSI :	Plan de services interétablissement
RLS :	Réseau local de services
RNI :	Ressources non institutionnelles
TCC :	Traumatisme craniocérébral
TGC :	Trouble grave du comportement
TED :	Trouble envahissant du développement
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	5
INTRODUCTION	6
1. PORTRAIT DE L'UTILISATION DES SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE	7
1.1 CLIENTÈLE DESSERVIE	7
1.2 RESPECT DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE	9
2. PROGRAMME-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE	10
2.1 LES PROGRAMMES-SERVICES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	10
2.2 DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES – DÉFICIENCE PHYSIQUE	10
3. PRINCIPES DIRECTEURS DU CADRE DE RÉFÉRENCE	11
3.1 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES	12
3.2 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	13
3.3 LA PARTICIPATION SOCIALE	14
4. ORGANISATION DES SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE	14
4.1. LES NIVEAUX DE SERVICES.....	15
4.2 LA NATURE DES SERVICES	18
4.3 LA TRAJECTOIRE DES SERVICES	23
CONCLUSION.....	27
RÉFÉRENCES	28
ANNEXE 1.....	29
ANNEXE 2.....	31
ANNEXE 3.....	34
ANNEXE 4.....	39

CONTEXTE

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux a amené une restructuration majeure des rôles et responsabilités des établissements œuvrant à l'intérieur de ce réseau. Un des rôles de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (ASSSL) dans cette réforme est de tracer les balises pour l'élaboration des services cliniques et des ententes organisationnelles. Ainsi, depuis 2004, l'Agence, en collaboration avec les établissements régionaux, travaille à l'élaboration et à la consolidation du réseau régional.

La clarification de l'offre et de la trajectoire de service en déficience physique (DP) s'inscrit dans cette démarche. Ceci permettra d'assurer que le client reçoive le bon service, au bon moment et au bon endroit. Cet objectif relativement simple demande un travail d'harmonisation et d'appropriation commun de la part de tous les acteurs concernés dans la région.

La présente démarche vise donc à produire un cadre de référence régional en déficience physique qui identifie les rôles et responsabilités de chacun des établissements du réseau dans l'offre de service en déficience physique. Ce cadre de référence servira d'outil de base régional pour la planification et le développement des ententes de services interétablissement au programme services *Déficience physique*. De plus, les trajectoires du cheminement de la clientèle présentant une déficience physique serviront d'assise à l'évaluation des services actuellement en place qui, conséquemment, orientera le développement de nouveaux services lorsque requis.

INTRODUCTION

Le cadre de référence pour la hiérarchisation des services en déficience physique a pour objectif d'orienter les rôles et responsabilités de chacun des acteurs interpellés dans le cadre d'une organisation de services complète et coordonnée pour les personnes des Laurentides présentant une déficience physique.

Tout en respectant l'autonomie des établissements en regard des modalités d'organisation des services et la détermination de leurs priorités cliniques, le cadre de référence rappelle et précise les paramètres requis pour l'accessibilité, l'intégration, la continuité, la complémentarité et la qualité des services.

Le présent document s'inscrit dans le cadre des travaux de clarification et d'organisation des services en se concentrant sur l'offre de service régionale pour le programme services en déficience physique. Il s'agit d'un cadre de référence visant à déterminer les éléments de base qui faciliteront la conclusion des ententes de service en déficience physique, tout en assurant une harmonisation régionale. Les éléments approfondis sont :

- Portrait de l'utilisation des services en déficience physique
- Programme services en déficience physique
- Principes directeurs du cadre de référence
- Organisation des services en déficience physique

Le présent document est inspiré des travaux de l'Agence de la santé des services sociaux de la Montérégie qui a développé un cadre de référence en déficience physique en 2009-2010. De plus, ce cadre s'appuie sur les documents ministériels, les documents de réflexion de l'Association des établissements en déficience physique du Québec (AERDPQ) et de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) ainsi que les documents régionaux produits par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. De plus, les travaux de hiérarchisation des services en déficience physique respectent les ententes de collaboration qui sont développées entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région et le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier.

1. PORTRAIT DE L'UTILISATION DES SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

La présente section dresse un portrait des services utilisés à l'intérieur des établissements de la région des Laurentides par les personnes présentant une déficience physique. On y retrouve des données quantitatives par type d'établissement, soit le CRDP Le Bouclier ou les CSSS ainsi que les délais de prise en charge.

1.1 CLIENTÈLE DESSERVIE

TABEAU 1 : NOMBRE D'USAGERS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE DESSERVIS PAR LE CRDP LE BOUCLIER

	ANNÉE 2008-09		ANNÉE 2009-10		ANNÉE 2010-11		ANNÉE 2011-12	
	Nombre d'usagers	%	Nombre d'usagers	%	Nombre d'usagers	%	Nombre d'usagers	%
TOTAL PAR TERRITOIRE DE CSSS :								
CSSS d'Antoine-Labelle	271	9 %	258	8 %	268	8 %	269	8 %
CSSS d'Argenteuil	155	5 %	173	5 %	178	5 %	178	5 %
CSSS de Saint-Jérôme	963	30 %	971	30 %	1064	32 %	1074	30 %
CSSS de Thérèse-De Blainville	672	21 %	732	23 %	805	24 %	835	24 %
CSSS des Pays-d'en-Haut	208	7 %	172	5 %	173	5 %	191	5 %
CSSS des Sommets	255	8 %	238	7 %	249	7 %	258	7 %
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	537	17 %	527	17 %	589	18 %	668	19 %
CSSS hors région	125	4 %	121	4 %	43	1 %	61	2 %
Total	3186	100 %	3192	100 %	3369	100 %	3534	100 %
TOTAL PAR DÉFICIENCE :								
Déficience auditive	366	12 %	361	12 %	440	14 %	535	15 %
Déficience de la parole et du langage	765	25 %	927	30 %	984	29 %	1059	30 %
Déficience motrice	1376	45 %	1229	40 %	1345	40 %	1426	40 %
Déficience visuelle	554	18 %	554	18 %	557	17 %	514	15 %
TOTAL PAR GROUPE D'ÂGE								
0-17 ans	1664	52 %	1844	58 %	1851	55 %	1951	55 %
18-64 ans	1014	32 %	820	26 %	905	27 %	955	27 %
65 ans et plus	508	16 %	542	17 %	613	18 %	628	18 %

On constate que le nombre global de personnes desservies par les services spécialisés du CRDP Le Bouclier est en constante croissance depuis trois ans, et plus particulièrement depuis la dernière année, laquelle a vu une augmentation de 177 usagers. Les augmentations proviennent surtout des territoires du CSSS de St-Jérôme (93 nouveaux cas), du CSSS de Thérèse-De Blainville (73 nouveaux cas) et du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes (62 nouveaux cas). De plus, les CSSS du sud des Laurentides (Saint-Jérôme, Thérèse-De Blainville et Lac-des-Deux-Montagnes) réfèrent à eux seuls 74 % de la clientèle desservie par le CRDP Le Bouclier en 2010-2011.

On remarque que la déficience motrice demeure la déficience principale parmi les quatre déficiences, suivi de près par la déficience de la parole et du langage. Toutefois, c'est au niveau de la déficience auditive que l'on retrouve la plus forte augmentation en 2010-2011, avec une croissance de 28 % (100 nouveaux cas).

Au niveau de l'âge des personnes ayant reçu des services au CRDP Le Bouclier, on constate, en 2010-2011, que les jeunes de 0 à 17 ans constituent plus de la moitié de la clientèle, soit 55 %. Ceci s'explique par le fait que les

services offerts en déficience de la parole et du langage sont majoritairement consacrés à ce groupe d'âge. Toutefois, on constate aussi une croissance constante de la clientèle de 65 ans et plus. Ce qui est en cohérence avec le vieillissement de la population.

TABEAU 2 : NOMBRE D'USAGERS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE AYANT REÇU DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE PAR LES CSSS

	ANNÉE 2009-10		ANNÉE 2010-11		ANNÉE 2011-12	
	Nombre d'utilisateurs	%	Nombre d'utilisateurs	%	Nombre d'utilisateurs	%
TOTAL PAR TERRITOIRE DE CSSS :						
CSSS d'Antoine-Labelle	237	11 %	227	9 %	274	10 %
CSSS d'Argenteuil	118	5 %	137	6 %	140	5 %
CSSS de Saint-Jérôme	628	29 %	658	27 %	726	27 %
CSSS de Thérèse-De Blainville	466	21 %	516	21 %	558	21 %
CSSS des Pays-d'en-Haut	146	7 %	150	6 %	137	5 %
CSSS des Sommets	224	10 %	295	12 %	339	12 %
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	367	17 %	453	19 %	531	20 %
Total	2186	100 %	2436	100 %	2705	100 %

Les services de soutien à domicile offerts aux personnes présentant une déficience physique sont en forte augmentation depuis trois ans avec une croissance globale de 26 %. Une fois de plus, les territoires du sud desservent une forte proportion de la clientèle du soutien à domicile (SAD), soit 67 %. Le CSSS de St-Jérôme se démarque en volume avec 658 cas en 2010-2011, ce qui représente 27 % des demandes régionales. Enfin, le CSSS des Sommets offre des services du SAD à 295 usagers en 2010-2011, soit 12 % des demandes régionales, ce qui représente un volume important de clientèle selon sa population régionale (8,2 % de la population des Laurentides).

TABEAU 3 : NOMBRE D'USAGERS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE DONT LA FAMILLE REÇOIT DU CSSS DES SERVICES DE SOUTIEN (RÉPIT, GARDIENNAGE, DÉPANNAGE) PAR ALLOCATION DIRECTE

	ANNÉE 2009-10		ANNÉE 2010-11		ANNÉE 2011-12	
	Nombre d'utilisateurs	%	Nombre d'utilisateurs	%	Nombre d'utilisateurs	%
TOTAL PAR TERRITOIRE DE CSSS :						
CSSS d'Antoine-Labelle	23	5 %	25	5 %	30	5 %
CSSS d'Argenteuil	13	3 %	17	3 %	230	3 %
CSSS de Saint-Jérôme	131	30 %	159	32 %	172	29 %
CSSS de Thérèse-De Blainville	95	22 %	114	23 %	137	23 %
CSSS des Pays-d'en-Haut	41	9 %	38	8 %	50	9 %
CSSS des Sommets	34	8 %	41	8 %	57	10 %
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	99	23 %	105	21 %	127	21 %
Total	436	100 %	499	100 %	593	100 %

On constate que le nombre de personnes présentant une déficience physique, dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe, aussi en forte augmentation, soit une croissance 32 % au cours des trois dernières années. Les augmentations et les volumes les plus significatifs se retrouvent aux trois CSSS du sud des Laurentides, soit St-Jérôme, Thérèse-De Blainville et Lac-des-Deux-Montagnes.

1.2 RESPECT DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008), prévoit des délais de prise en charge pour les services en déficience physique selon trois niveaux de priorité :

Urgent : l'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont présentement menacées
(Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande)

Élevé : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne risquent d'être menacés en l'absence d'intervention à court terme
(CSSS - début des services à l'intérieur des 30 jours suivants l'analyse de la demande)
(CR - début des services à l'intérieur des 90 jours suivants l'analyse de la demande)

Modéré : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne ne sont pas menacés à court terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien dans sa communauté
(Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande)

Le taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis au plan d'accès est de 71,2 % pour l'année 2011-12. Cette donnée globale pour l'ensemble des CSSS regroupe tous les groupes d'âge ainsi que les trois niveaux de priorité. Il est à noter qu'il s'agit d'une augmentation significative comparativement aux deux années précédentes qui furent de 50 % en 2009-2010 et de 56,7 % en 2010-2011.

Pour ce qui est du CRDP Le Bouclier, le taux des demandes traitées selon les délais définis au plan d'accès est de 69,2 % et est stable depuis 2009-10. Ce taux regroupe l'ensemble des services offerts aux clientèles du Bouclier indépendamment de leur déficience, de leur âge et de leur niveau de priorité.

2. PROGRAMME-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

2.1 LES PROGRAMMES-SERVICES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En 2004, le MSSS a défini la nouvelle configuration des programmes qui définissent l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux. Cette nouvelle organisation introduit la notion de programme services :

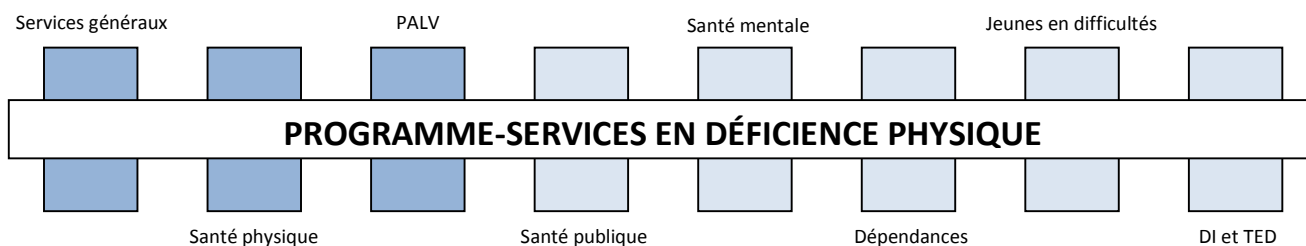
« Un programme services désigne un ensemble de services et d'activités organisées dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune⁸ ».

On retrouve neuf programmes services :

- Services généraux
- Santé publique
- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Santé mentale : adulte et jeunesse
- Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)
- Santé physique
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Le programme services en déficience physique est transversal avec les autres programmes services. Il est important de noter que trois autres programmes sont particulièrement complémentaires au programme déficience physique, soient les programmes services généraux, santé physique et perte d'autonomie liée au vieillissement (figure 1).

FIGURE 1 : COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES PROGRAMMES-SERVICES



2.2 DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le programme services en déficience physique est au cœur du présent cadre de référence. Celui-ci regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une **incapacité significative et persistante** ainsi qu'à leur entourage.

Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) font aussi partie de ce programme. Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. La nature de leurs besoins fait en sorte qu'elles doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque cela est nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale⁸.

La clientèle de ce programme services regroupe des personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite. Par ailleurs, l'évolution de la condition de la personne peut l'amener à être dirigée vers un autre programme services répondant mieux à ses besoins.

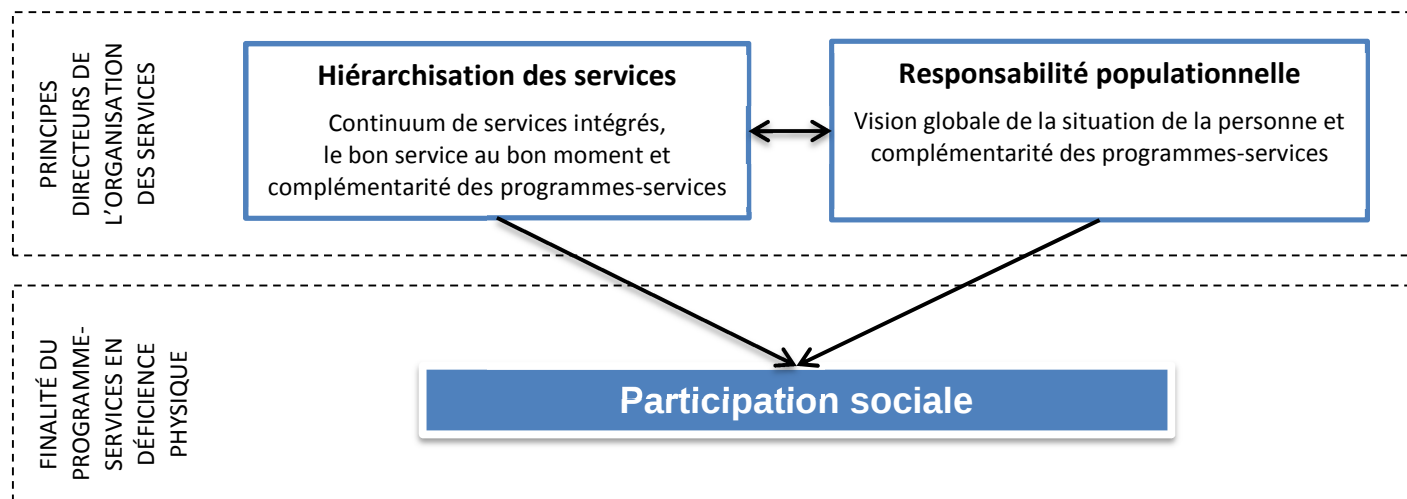
3. PRINCIPES DIRECTEURS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Le développement d'un cadre de référence des services auprès de la clientèle présentant une déficience physique doit s'inscrire à l'intérieur des orientations actuelles du réseau de la santé et des services sociaux¹. Les orientations ministérielles en déficience physique reposent sur les sept lignes directrices suivantes :

1. La participation sociale des personnes ayant un handicap comme finalité de l'ensemble des objectifs;
2. Le maintien des personnes ayant une DP dans leur milieu de vie;
3. La nécessité d'apporter aux familles et aux proches le soutien nécessaire;
4. La vision globale de la situation de la personne ayant une DP;
5. Le continuum de services intégrés comme perspective pour l'organisation des services;
6. Le bon service au bon moment;
7. La complémentarité des programmes services en ce qui a trait à la réponse aux besoins.

À l'heure actuelle, toute organisation de services en déficience physique doit tenir compte des orientations ministérielles ainsi que des principes d'organisation des services qui en découlent. La finalité du programme services en déficience physique est la **participation sociale**, et l'organisation des services pour y arriver doit reposer sur les principes de **responsabilité populationnelle** et de **hiérarchisation des services**. C'est à l'intérieur de ces trois composantes que nous retrouvons les sept lignes directrices en déficience physique. La figure 2 illustre le modèle du continuum de services en déficience physique, et les lignes suivantes définissent ces principes.

FIGURE 2. MODÈLE DU CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE



3.1 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Les objectifs de mise en place d'une offre de services plus intégrée et d'amélioration de la santé et du bien-être de la population se sont matérialisés en 2003 par la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ces deux objectifs ont servi de fondement aux nouvelles responsabilités des CSSS à qui on a confié le mandat d'organiser, de concert avec leurs partenaires, les services de santé et les services sociaux sur leur territoire respectif, de manière à répondre aux besoins de toute leur population⁵.

Dans ce contexte, la hiérarchisation des services vise à assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée. Ce principe garantit une meilleure complémentarité entre les services et facilite le cheminement de l'utilisateur entre les services de première (1re), de deuxième (2e) et de troisième (3e) lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs de ces services.

Une meilleure accessibilité aux services est assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes bidirectionnels prévoient autant le recours aux services spécialisés et surspécialisés que la planification des services généraux et spécifiques offerts à la personne lorsqu'elle retourne dans son milieu de vie.

La hiérarchisation des services, telle que définie dans le présent contexte, n'implique pas de lien de subordination et mise plutôt sur l'appariement des niveaux de services et la nature des interventions requises par la personne et ses proches. Cependant, il faut prévoir l'existence de situations où un mécanisme favorisant la clarté permettra de lever des ambiguïtés sur certains enchevêtrements.

Le concept de hiérarchisation implique la notion de la subsidiarité des services, c'est-à-dire que les décisions doivent être prises près de l'action. Voici une description de la subsidiarité :

« Le lieu le plus important pour le citoyen est l'endroit où il reçoit les services dont il a besoin. Les autres instances n'existent que pour supporter ces lieux, assurer la cohérence entre eux et orienter l'ensemble. L'efficacité de l'ensemble du système découlera d'abord de l'efficacité à

ce premier palier. Selon le principe de subsidiarité, les décisions doivent être prises au palier le plus bas possible au sein d'une hiérarchie ou d'une organisation⁶ ».

Selon ce même principe, le niveau auquel il convient d'agir peut aussi varier en fonction des circonstances. Ainsi, dans les domaines de compétences partagées où ce principe s'applique, en l'occurrence les services de santé et les services sociaux avec le CSSS comme premier palier, elle signifie n'agir que là où cela s'avère nécessaire. Plus spécifiquement, l'action à un palier supérieur se justifie si elle répond aux deux aspects de la subsidiarité⁷ :

- Les objectifs de l'action proposée ne peuvent être réalisés de manière suffisante par l'instance locale, ici le CSSS (critère de nécessité)
- Ces objectifs peuvent être mieux réalisés par une action d'envergure régionale ou suprarégionale, ici le CRDP (critère d'efficacité)

En somme, il s'agit d'une approche d'interaction et de complémentarité entre les trois (3) lignes de services afin de répondre aux besoins évolutifs de la personne en situation de handicap et d'atteindre la finalité, soit la participation sociale.

3.2 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

La responsabilité populationnelle implique que les établissements et les autres intervenants offrant des services à la population d'un territoire local doivent partager cette responsabilité. Le modèle d'organisation retenu pour assurer un partage coordonné et efficient des services offerts à la population d'un territoire local est le réseau local de services (RLS). La mise en place d'un RLS vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population de territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

L'imputabilité inhérente à cette responsabilité dévolue à l'instance locale par la loi s'exerce dans l'application des quatre (4) règles suivantes⁴ :

1. Le CSSS est responsable et imputable de l'accès, de la continuité et de la qualité des services généraux et spécifiques sur son territoire. En prémisses, la planification et la coordination sous régionale des services du RLS incombent aux CSSS, en collaboration avec leurs partenaires
2. Le CSSS a l'obligation de référer la personne aux services spécialisés ou autres lorsque requis et de rediriger la personne à un autre endroit pour qu'elle obtienne réponse à son besoin lorsque le service n'est pas disponible ou est inexistant, en respectant les standards de continuité et d'accès reconnus
3. Le CSSS doit suivre la référence jusqu'à ce que le service soit réellement rendu. En corollaire, dans l'objectif de favoriser la continuité des services, le CSSS a la garantie d'être informé par l'établissement à vocation régionale lorsque la personne arrive dans le continuum par une autre porte d'entrée que celle du CSSS
4. Les établissements à vocation régionale offrant des services spécialisés sont responsables et imputables des services qu'ils doivent offrir selon le mandat qui leur est confié

Deux exceptions sont toutefois présentes, soit : lorsque le service à obtenir est régi par une loi (ex. : loi de la protection de la jeunesse) ou lorsqu'il y a des besoins et conditions particulières (ex. : urgence).

Le projet clinique, qu'il soit global ou spécifique à la clientèle du programme services, doit s'appuyer sur les politiques et orientations ministérielles en la matière. Les besoins des personnes, présentant une déficience

physique et de leurs proches, doivent donc être envisagés dans la perspective d'assurer leur intégration sociale et de favoriser leur participation sociale.

3.3 LA PARTICIPATION SOCIALE

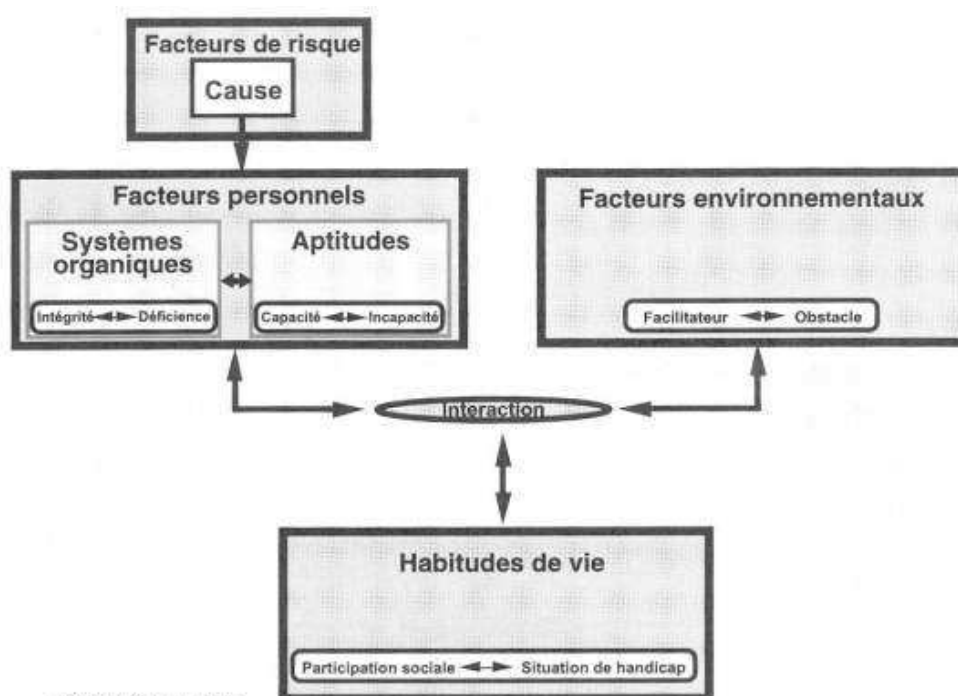
La finalité des orientations ministérielles énumérées précédemment est la participation sociale des personnes ayant une déficience physique. Ce concept est ainsi présenté par le Conseil de la santé et du bien-être² :

« [...] la participation sociale implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité; elle met en cause, d'une part, la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable [...]. La participation sociale nous apparaît constituer une condition nécessaire au développement social québécois ».

Toujours selon le Conseil de la santé et du bien-être, la participation sociale peut se manifester par différents moyens formels (scolarisation, travail, entraide, bénévolat, engagement dans une institution démocratique) et d'autres plus informels (l'implication dans sa propre famille). Elle s'actualise dans la relation qu'a la personne avec ses milieux de vie (école, travail, vie communautaire, etc.).

Par ailleurs, l'expérience de la participation sociale a mis en lumière l'importance de l'interaction entre la personne et les éléments de son environnement. Le réseau international du processus de production du handicap a illustré, dans son modèle³, qu'une situation de handicap découle de l'interaction entre les caractéristiques personnelles (intégrité de ses systèmes et aptitudes) de la personne et celles de son environnement, révélant ainsi l'importance d'agir dans le milieu de vie de la personne et sur les obstacles posés par les divers systèmes de notre société.

FIGURE 3. MODÈLE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP³



4. ORG

© RIPPH/SCCIDIH 1998

L'organisation des services régionaux en déficience physique doit s'arrimer avec les trois (3) niveaux de services définis dans le cadre de la hiérarchisation des services. Elle doit aussi identifier la nature des services que chaque établissement offre dans le respect de son mandat et définir les trajectoires de services en exposant, outre les niveaux et la nature des services, les liens et arrimages entre les programmes services et les établissements.

4.1. LES NIVEAUX DE SERVICES

Le cheminement de la personne à l'intérieur du programme services en déficience physique s'appuie sur trois niveaux de services offerts par les différents partenaires du réseau. Les niveaux de services ne se définissent plus strictement par l'identité du producteur, ni par le lieu de prestation, mais par la continuité et la gradation dans la spécialisation des services requis par l'état de la personne^{1, 8, 9, 10 et 11}.

Services généraux et spécifiques dits de première (1re) ligne

Les services généraux et spécifiques répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être, et permettent de résoudre des problématiques usuelles et variées. Les services généraux sont offerts à toute la population, alors que les services spécifiques sont destinés à des clientèles particulières ou vulnérables.

L'accès à ces services doit être connu de la population, permettre une dispensation directe des services ainsi qu'un soutien du réseau local de service (RLS). Ce niveau de première (1re) ligne doit également offrir une continuité informationnelle aux intervenants, c'est-à-dire l'accès à l'information pertinente concernant l'utilisateur.

Plus spécifiquement :

- Les **services généraux** répondent généralement à des problèmes ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Les personnes présentant une déficience physique, selon leurs besoins, peuvent avoir recours à ces services. Les équipes dédiées à ces services doivent avoir des compétences professionnelles à la fois générales et diversifiées. La modalité de services correspond souvent à un accompagnement continu de l'utilisateur.
- Les **services spécifiques** répondent souvent à des problèmes complexes, interreliés et concomitants pour une clientèle qui requière généralement une modalité de services dispensée à moyen ou long terme et selon une intensité variant selon les besoins de la clientèle. Les équipes dédiées à ces services doivent avoir des compétences et connaissances professionnelles générales, diversifiées et spécifiques. Enfin, la présence d'un intervenant pivot est requise pour les services cliniques desquels découlent un plan d'intervention (PI) ou un plan de service individualisé (PSI).

Services spécialisés dits de deuxième (2e) ligne

Les services spécialisés répondent à des problématiques complexes et exigent une expertise spécialisée, regroupée en masses critiques optimales ou minimales. Une référence (provenant du RLS ou non) est requise pour avoir accès à ces services.

Il est nécessaire que les équipes dédiées en deuxième (2e) ligne aient des compétences professionnelles spécialisées ou une expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu. De plus, les services spécialisés requièrent souvent une infrastructure particulière et une technologie diagnostique ou thérapeutique avancée tout en étant répandue.

Il est à noter que ces services doivent être réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention, sont généralement limités dans le temps et sont soutenus par un échange d'information avec la première (1re) ligne, établissement responsable du suivi. En effet, l'équipe dédiée partage la responsabilité de transmettre l'information quant aux services offerts à l'utilisateur durant un épisode de services ou concernant l'événement qui a suscité le recours aux services de deuxième (2e) ligne.

De plus, selon les besoins d'intervention ou de coordination, la personne doit être réacheminée vers les services de première (1re) ligne lorsque l'épisode de services spécialisés est terminé, sauf lorsque le service rendu en deuxième (2e) ligne assure l'ensemble des interventions requises pour la personne.

Enfin, la modalité de services offerts en deuxième (2e) ligne correspond à une dispensation directe de services aux usagers ainsi qu'à un rôle de soutien auprès des intervenants en première (1re) ligne et aux organismes communautaires.

Services surspécialisés dits de troisième (3e) ligne

Les services surspécialisés de réadaptation sont destinés à des clientèles présentant des problèmes très complexes ou inhabituels. Ils exigent généralement des compétences très spécialisées, regroupées en masses critiques optimales ou minimales. Sauf exception, une référence provenant d'un médecin ou d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux est requise pour avoir accès à ces services.

Il est nécessaire que les équipes dédiées en troisième (3e) ligne soient très spécialisées et possèdent des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. De plus, ces services surspécialisés requièrent souvent une infrastructure à la fine pointe du progrès.

Il est à noter que ces services doivent être réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention et sont limités dans le temps, puisqu'ils sont offerts en continuité informationnelle avec la deuxième (2e) ligne, et de façon exceptionnelle avec la première (1re) ligne. En effet, l'équipe dédiée à ces services partage la responsabilité de transmettre l'information quant aux services offerts à l'utilisateur durant un épisode de services ou concernant l'événement qui a suscité le recours aux services de troisième (3e) ligne. À la fin de son épisode de services surspécialisés, la personne doit être réacheminée vers les services de deuxième (2e) ligne, ou de première (1re) ligne de façon exceptionnelle, sauf lorsque le service rendu en troisième (3e) ligne assure l'ensemble des interventions requises pour la personne.

Enfin, la modalité de services offerts correspond à une dispensation directe de services aux personnes et par un rôle de soutien auprès des intervenants en première (1re) et deuxième (2e) ligne. Le tableau 4 présente un résumé de l'information et est enrichi d'exemples concrets quant à la nature de certains services que l'on retrouve dans les trois (3) niveaux de services.

TABEAU 4 : RÉSUMÉ DES NIVEAUX DE SERVICES

Services généraux et spécifiques de première (1re) ligne	Services généraux : ↳ Permettent de résoudre des problématiques usuelles et variées ↳ Sont offerts à toute la population ↳ Répondent à des problèmes ponctuels ↳ Offrent un accompagnement continu ↳ Nécessitent des compétences générales et diversifiées de la part de l'équipe	Exemples : • Services de santé et médicaux courants • Info Santé et Social • Activités de santé publique
	Services spécifiques : ↳ Sont destinés à des clientèles particulières ou vulnérables ↳ Répondent à des problèmes complexes et interreliés ↳ Offrent un accompagnement intensif souvent à long terme ↳ Nécessitent des compétences spécifiques de la part de l'équipe ↳ Requièrent un intervenant pivot lorsqu'un plan d'intervention ou un plan de services individualisé est nécessaire	Exemples : • Évaluation/diagnostic • Évaluation des barrières architecturales et adaptation du domicile • Soutien à la personne, aux familles et aux proches • Gestion et développement des ressources d'hébergement • Services d'aide et de soutien à domicile
Services spécialisés de deuxième (2e) ligne	Services spécialisés : ↳ Répondent à des problématiques complexes ↳ Exigent une expertise spécialisée de la part de l'équipe ↳ Requièrent une référence pour y avoir accès ↳ Sont réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention ↳ Sont offerts en continuité informationnelle avec la première (1re) ligne ↳ Sont limités dans le temps	Exemples : • Élaboration du PII et détermination du pronostic • Développement des capacités reliées à l'autonomie personnelle et socio-résidentielle • Adaptation du milieu de travail et d'études • Adaptation sociale et psychologique reliée aux impacts de la déficience • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides techniques spécialisées à la mobilité, à la posture, à la locomotion, à l'audition et à la vision • Soutien à l'intégration et à la participation sociale pour des besoins spécialisés • Cliniques médicales spécialisées
Services surspécialisés de troisième (3e) ligne	Services surspécialisés : ↳ Sont destinés à des clientèles présentant des problèmes très complexes ou inhabituels ↳ Exigent des compétences très spécialisées de la part de l'équipe ↳ Requièrent une référence pour y avoir accès ↳ Sont réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention ↳ Sont offerts en continuité informationnelle avec la première (1re) et la deuxième (2e) ligne ↳ Sont limités dans le temps	Exemples : • Intervention chirurgicale pour implant cochléaire • Services internes de réadaptation pour les clientèles complexes et à petit volume : - Blessés médullaires d'origine traumatique - Grands brûlés • Rééducation vestibulaire pour cas complexes de TCC ou AVC • Entraînement à la mobilité dans les classes de chien guide • Évaluation et entraînement au braille mathématique ou musical

4.2 LA NATURE DES SERVICES

Afin d'élaborer ultimement les trajectoires illustrant le cheminement de la personne à travers le programme services en déficience physique, le regroupement de l'ensemble des services cliniques offerts par les différentes catégories d'établissements selon les niveaux de services définis préalablement a été réalisé. Les services cliniques ont donc été exposés selon trois (3) étapes de services soit ^(1,8, 9,10, 12,13) :

1. accueil-évaluation-orientation
2. adaptation-réadaptation
3. maintien et soutien à l'intégration à long terme

Un travail exhaustif d'identification et de clarification de l'ensemble des services que l'on retrouve au programme services en déficience physique a été effectué à l'aide des acteurs régionaux. Le tableau 5 présente la nature des services offerts dans la région en première (1re) et en deuxième (2e) ligne, alors que les services de troisième (3e) ligne, offerts en dehors de la région, sont présentés au tableau 6. L'ensemble des services que l'on retrouve au programme service en déficience physique est donc présenté ci-dessous, toutefois certains éléments ont nécessité des réflexions approfondies en sous-groupes de travail afin de bien clarifier les rôles et responsabilités de chacun des partenaires dans l'offre de services. Les résultats de ces réflexions sont présentés en annexes du présent document.

TABEAU 5 : LA NATURE DES SERVICES DE PREMIÈRE ET DE DEUXIÈME LIGNE

Services généraux et spécifiques de première ligne	Services spécialisés de réadaptation de deuxième ligne
Services généraux Gamme de services de santé et de services sociaux offerts : • Accueil (AEO) • Services de santé et médicaux courants • Soins et services visant la prévention de la détérioration des systèmes organiques atteints ou de la détérioration consécutive d'autres systèmes résultant en de nouvelles limitations fonctionnelles • Activités de santé publique (ex. : prévention des traumatismes) • Soutien psychosocial • Info Santé et Social	
Services spécifiques Gamme de services regroupant des services de santé et de services sociaux requis pour répondre à des objectifs de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être : 1. Accueil-Évaluation-orientation : • Guichet d'accès • Évaluation/diagnostic • Évaluation globale généralement multidisciplinaire des déficiences, des incapacités et de leur impact possible, et évaluation préliminaire du potentiel de réadaptation • Référence à des services spécialisés ou d'autres partenaires du RLS, lorsque requis	Services spécialisés de réadaptation Gamme de services permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes : 1. Accueil-Évaluation-orientation : • Analyse de la demande (admissibilité et priorité) • Orientation aux services de réadaptation requis et référence à d'autres partenaires au besoin • Évaluation initiale multidisciplinaire des besoins du potentiel de réadaptation • Élaboration du plan d'intervention initial : détermination du pronostic

2. Réadaptation-adaptation : • Élaboration du plan de services individualisé (PSI) • Suivi du PII • Interventions spécifiques en lien avec le développement de l'enfant (voir annexe 6) • Services courants de réadaptation : - Services de réadaptation pour réduire les incapacités temporaires (voir annexe 5) - Services de réadaptation pour le maintien des acquis (voir annexe 5) • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides techniques courantes à la mobilité, à la posture et à la locomotion • Évaluation des barrières architecturales et programme d'adaptation du domicile (PAD)	2. Réadaptation-adaptation : • Suivi du PII • Évaluations globales des besoins liés aux habitudes de vie • Élaboration conjointe avec le RLS du plan de services individualisé (PSI) lorsque la référence provient hors RLS • Développement des capacités reliées à l'autonomie personnelle • Développement des capacités reliées à l'autonomie sociorésidentielle • Soutien et éducation aux familles et aux proches dans le cadre des activités de réadaptation spécialisées • Évaluation de la capacité de travail du client et stages en milieu de travail • Adaptation du milieu de vie d'études et de travail • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides techniques spécialisées à la mobilité, à la posture et à la locomotion • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides technologiques à la communication et au contrôle de l'environnement • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides techniques auditives • Évaluation, attribution et entraînement pour des aides techniques visuelles • Évaluation et intervention psychosociale pour l'adaptation à la déficience lors de l'épisode actif de réadaptation • Évaluation de la conduite automobile et adaptation du véhicule • Activités d'intégration de la personne en milieu de garde ou scolaire • Cliniques médicales spécialisées (en soutien aux programmes) • Référence à des services surspécialisés si requis
3. Maintien et soutien à l'intégration à long terme : • Coordination du plan de services individualisés (PSI) • Services d'aide et de soutien à domicile • Évaluation et soutien psychosocial (voir annexe 4) • Soutien à la personne, aux familles et aux proches - Le répit, le gardiennage ou la présence-surveillance - Activités de sensibilisation et d'information aux personnes, aux familles et aux proches - Soutien à l'intégration et au maintien en services de gardes, en milieu scolaire et en milieu de travail • Information et références aux partenaires du RLS - Activités communautaires - Parrainage et soutien civique - Défense des droits - Services d'aide et d'accompagnement - Ressources d'interprétariat - Organismes communautaires impliqués dans l'accès au logement adapté - Mesures favorisant l'accessibilité des lieux et des équipements collectifs - Entreprises d'économies sociales impliquées dans le maintien à domicile - Organismes communautaires impliqués dans les ressources résidentielles substituts ou alternatives - Organismes communautaires de soutien aux familles et à leurs proches - Organismes impliqués dans le secteur de l'intégration socioprofessionnelle - Mesures de participation sociale	3. Maintien et soutien à l'intégration à long terme : • Soutien à l'intégration et à la participation sociale dans les différents milieux de vie et d'activités pour des besoins spécialisés (voir annexe 4) - Prévention des complications potentielles sur les plans physique, psychologique, social, économique et professionnel - Réduction, élimination et transformation des obstacles environnementaux qui contribuent à la situation de handicap • Formation, sensibilisation et consultation auprès de différents milieux de vie • Soutien aux partenaires du réseau • La gestion et le développement de ressources d'hébergement et ressources résidentielles spécialisées (ex. : DP-TGC) • Soutien aux ressources d'hébergement et aux ressources résidentielles de 1re ligne • Soutien à la collectivité : - Contribution à l'amélioration de l'accessibilité des lieux publics - Activités de prévention des facteurs de risque des maladies ou traumatismes pouvant causer une DP - Participation à la défense et à la promotion des droits des personnes ayant une DP • Suivi et réparation des aides techniques et technologiques reliées à la mobilité, à la posture, à la locomotion, à la communication ainsi qu'au contrôle de l'environnement • Suivi et réparation des aides techniques auditives et visuelles

3. Maintien et soutien à l'intégration à long terme (suite) :

- Gestion et développement des ressources d'hébergement et ressources résidentielles
 - Évaluation du milieu, d'adaptation du milieu, de l'environnement et de la sécurité du milieu
 - Milieux résidentiels substituts (RNI, ressources privées, HLM, projets de partenariat, etc.)
 - Places de répit et de dépannage, d'hébergement temporaire
 - Ressources d'hébergement institutionnel
 - Interventions dans la communauté visant la réponse aux besoins des personnes présentant des incapacités et vivant une situation de handicap
 - Évaluation du milieu, d'adaptation du milieu, de l'environnement et de la sécurité du milieu
 - CPE
 - Camps de jour
 - Transport adapté
 - Etc.
-

TABLEAU 6 : LA NATURE DES SERVICES DE TROISIÈME LIGNE

Services surspécialisés de réadaptation dits de troisième (3e) ligne¹

Gamme de services surspécialisés qui consiste en un regroupement concentré de services en raison de la rareté de la clientèle, de la nature ou de l'organisation des services :

1. Services offerts en CH tertiaires

- Implant cochléaire
 - Évaluation préchirurgie et chirurgie
- Amputation d'enfants ou d'adolescents et amputation très complexe chez l'adulte
 - Chirurgie
- Évaluation pour sélection en vue d'une chirurgie (radiclectomie), et information et support aux parents et aux intervenants régionaux
- Hospitalisation et soins aigus des personnes avec brûlures graves (pour chirurgie, greffe de peau, etc.)
- Hospitalisation et soins aigus pour personnes blessées médullaires ou avec un TCC modéré ou grave

2. Services offerts en CRDP

2. 1 Programmes de réadaptation :

- Implant cochléaire : programmation initiale de l'implant et maintien de l'état technique
- Surdicécité : à la demande d'un CRDP régional, 2e expertise pour les enfants et suivi en communication tactile
- Clientèle sourde gestuelle : cas très complexes
- À la demande d'un CRDP régional, interventions auprès de l'utilisateur pour l'utilisation des appareils informatiques en mode braille ou sonore
- Évaluation et entraînement à la mobilité avec un chien-guide dans les classes de chien-guide
- À la demande d'un CRDP régional, interventions auprès de l'utilisateur pour l'utilisation du braille mathématique ou musical
- À la demande d'un CRDP régional, 2^e expertise, évaluation et recommandations pour la meilleure approche pour améliorer le fonctionnement des membres supérieurs chez les jeunes ayant des problèmes très complexes
- Consultations en cliniques spécialisées pour les jeunes qui ont une maladie neuromusculaire
- Grands brûlés : RFI interne et cas complexes en externes
- Blessés médullaires d'origine traumatique : RFI interne et cas complexes en externes
- Lésions musculo-squelettiques très complexes : RFI interne
- Troubles très complexes de dysphagie : 2e expertise et expertise-conseils
- Tétraplégiques ventilo-assistés : RFI interne et externe
- À la demande d'un CRDP régional, conduite automobile et adaptation du véhicule pour cas très complexes : évaluation, intervention et expertise-conseil
- À la demande d'un CRDP régional, intégration scolaire ou au travail pour cas très complexes : évaluation, intervention et expertise-conseil
- Rééducation vestibulaire pour cas complexes de TCC ou AVC
- À la demande d'un CRDP régional, programme de réadaptation pour les personnes présentant un problème très complexe de douleur chronique : 2e expertise, évaluation et intervention
- À la demande d'un CRDP régional, clinique à la marche : 2e expertise
- Aide à la maternité : évaluation et expertise-conseil
- Cliniques spécialisées maladies neuromusculaires
- Programme de rééducation vésicale et intestinale

2. 2 Aides techniques :

- À la demande d'un CRDP régional, 2e expertise pour les aides à la communication et les aides techniques complexes pour le contrôle de l'environnement

¹ La description de la nature des services de 3e ligne est contenue au cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique (MSSS, 2007). Toutefois, certains services sont maintenus offerts en 2e ligne (CRDP).

3. Autres services surspécialisés offerts par les CH tertiaires ou les CRDP

- Veille scientifique et technologique
- Activités de diffusion dont la responsabilité est partagée avec les centres régionaux
- Soutien et expertise demandés par des intervenants des centres régionaux
- Soutien et monitoring des intervenants des centres régionaux au moment du retour dans sa région d'origine de la personne ayant reçu des services surspécialisés et qui doit y poursuivre sa réadaptation
- Fonctions de coordinations, de programmation et de suivi des différents services surspécialisés à rendre, dans certains cas, aux divers paliers, régional et suprarégional ou national
- Démarches régulières visant à faire connaître les services surspécialisés qui sont disponibles

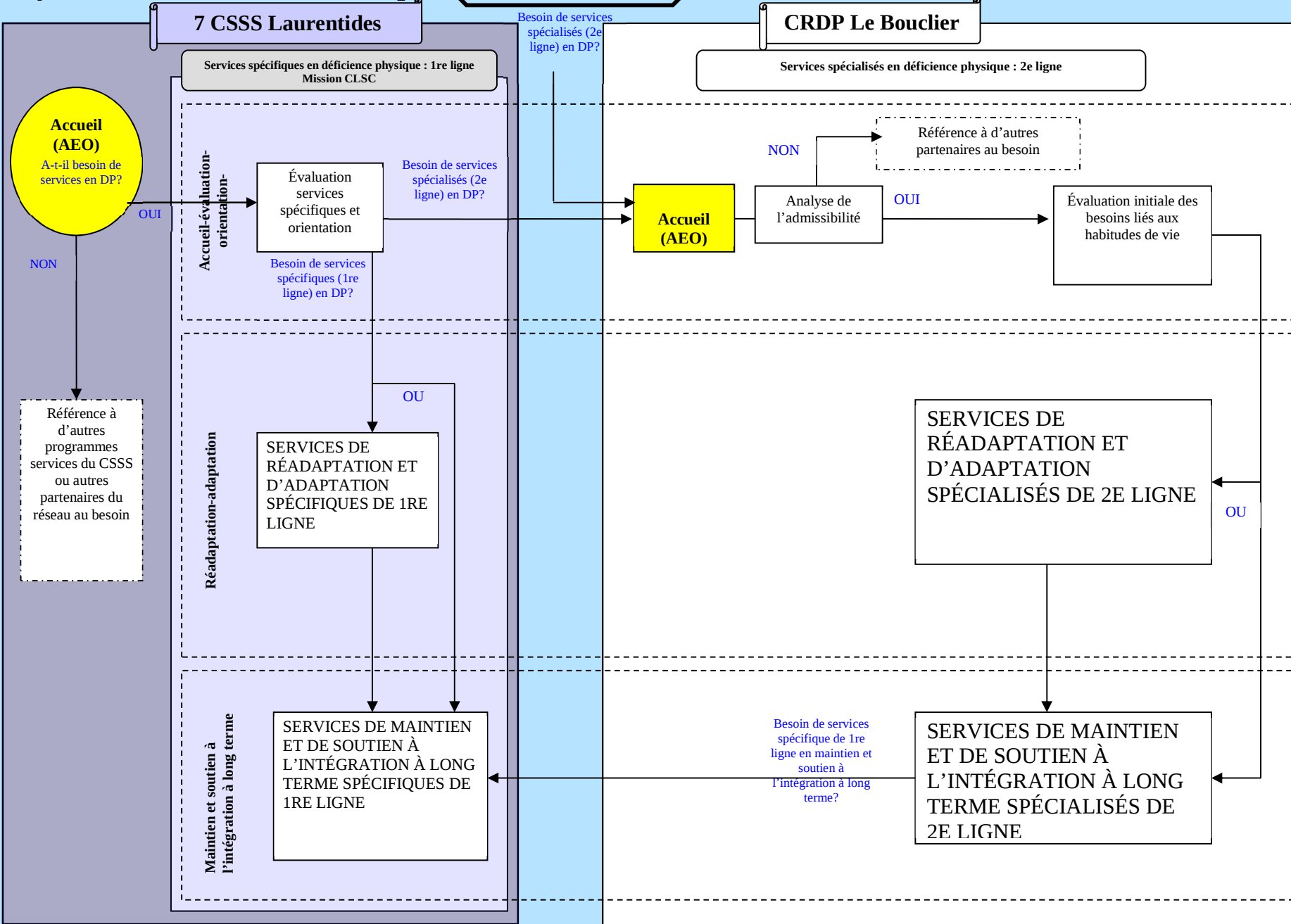
4.3 LA TRAJECTOIRE DES SERVICES

C'est l'identification des niveaux de services et la nature des services offerts en déficience physique qui permettent de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des établissements dans l'organisation du programme services en déficience physique. Maintenant, le dernier exercice de clarification consiste à illustrer le cheminement de la clientèle à travers l'offre de services en déficience physique.

À cet effet, les trajectoires proposées incluent les établissements et partenaires impliqués, les niveaux de services, les étapes du cheminement de l'utilisateur, les catégories de services cliniques offerts, les mécanismes d'accès et les formulaires de transfert.

Afin de faciliter la compréhension de la trajectoire de services en déficience physique, une trajectoire générale est présentée dans les pages suivantes sous trois formes. La première trajectoire met l'accent sur le cheminement de l'utilisateur à travers les différents niveaux de services et les différentes natures de services. La deuxième trajectoire insère les mécanismes de liaisons qui sont mis en place à travers le cheminement de l'utilisateur. La troisième trajectoire est la trajectoire complète où l'on insère l'ensemble des natures de services et les complémentarités entre les différents programmes services des CSSS.

Trajectoire illustrant le cheminement de l'usager



Réseaux locaux de services (RLS)

Collaborateurs intersectoriels

Trajectoire illustrant les mécanismes de liaison

RLS et autres référents

7 CSSS Laurentides

Services spécifiques en déficience physique : 1re ligne
Mission CLSC

Accueil (AEO)

A-t-il besoin de services en DP?

NON

Référence à d'autres programmes services du CSSS ou autres partenaires du réseau au besoin

OUI

Accueil-évaluation-orientation

Évaluation services spécifiques et orientation

Besoin de services spécialisés (2e ligne) en DP?

Besoin de services spécifiques (1re ligne) en DP?

Réadaptation-adaptation

Plan d'intervention
Intervenant pivot CSSS

OU

SERVICES DE RÉADAPTATION ET D'ADAPTATION SPÉCIFIQUES DE 1RE LIGNE

Maintien et soutien à l'intégration à long terme

SERVICES DE MAINTIEN ET DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION À LONG TERME SPÉCIFIQUES DE 1RE LIGNE

0

Réseaux locaux de services (RLS)

Besoin de services spécialisés (2e ligne) en DP?

Procédure de référence

Accueil (AEO)

NON

Analyse de l'admissibilité

OUI

Si référence provient pas du CSSS

Référence à d'autres partenaires au besoin

Évaluation initiale des besoins liés aux habitudes de vie

Plan d'intervention (détermination du pronostic)

Intervenant pivot CRDP Le Bouclier

SERVICES DE RÉADAPTATION ET D'ADAPTATION SPÉCIALISÉS DE 2E LIGNE

OU

Évaluations globales des besoins liés aux habitudes de vie
Suivi du plan d'intervention individualisé
Intervenant pivot CRDP Le Bouclier

Besoin de services spécifique de 1re ligne en maintien et soutien à l'intégration à long terme?

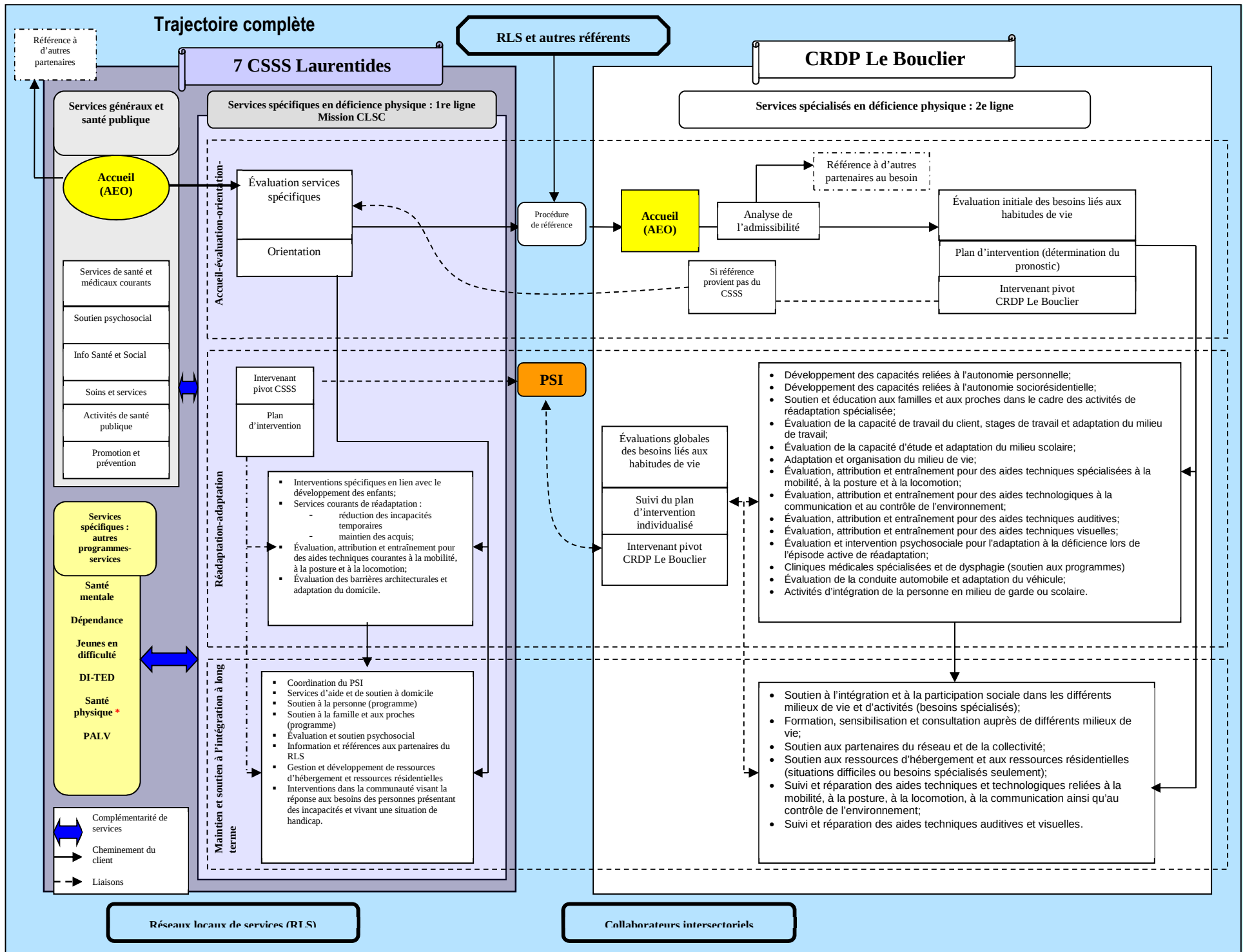
SERVICES DE MAINTIEN ET DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION À LONG TERME SPÉCIALISÉS DE 2E LIGNE

Collaborateurs intersectoriels

CRDP Le Bouclier

Services spécialisés en déficience physique : 2e ligne

Trajectoire complète



CONCLUSION

La réalisation de ce cadre de référence a permis aux partenaires du réseau des Laurentides de clarifier l'offre de services (niveau et nature des services) ainsi que la trajectoire de la clientèle à l'intérieur du programme services en déficience physique.

Les éléments proposés dans ce cadre de référence doivent être utilisés comme des paramètres généraux qui peuvent, dans une certaine mesure, être adaptés à la réalité particulière de certains territoires de CSSS. Ils auront au moins le mérite de fournir à tous la même base de réflexion et de discussion au niveau régional et de permettre d'identifier plus clairement les points forts et les points faibles dans l'offre de services en déficience physique dans la région des Laurentides. Ainsi, les travaux de planification régionale de l'offre de service en déficience physique auront des assises solides et communes et permettront de cibler clairement les priorités régionales en termes de développement.

Il est à noter que la nature des services proposée dans le cadre de référence peut se modifier dans le temps en raison, notamment, de l'évolution des besoins de la population, des changements dans les modes de pratiques et les nouvelles technologies. Ainsi, ce cadre devra éventuellement s'ajuster aux changements qui surviendront et ainsi demeurer un outil de référence régional dans le développement du programme services en déficience physique.

Références

1. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté, orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*, MSSS, Québec 2003.
2. *La participation sociale comme stratégie de renouvellement social*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, avril 1997, p.3-4.
3. *Le modèle du processus de production du handicap (PPH)*, Fougereyrollas et al., 1998.
4. *Associations d'établissements à vocation régionale, compte rendu de réunion*; MSSS, 15 juin 2004.
5. *Projet clinique, Cadre de référence pour les RLS*, Résumé, MSSS, octobre 2004, page 4.
6. *Rapport Clair*, page 202-9.
7. *Principe de subsidiarité*, [http:// europa.eu/pol/index_fr.htm](http://europa.eu/pol/index_fr.htm) voir glossaire –
8. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes services et les programmes-soutien*, MSSS, janvier 2004.
9. *Élaboration des projets cliniques et organisationnels, document de soutien*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, mars 2005.
10. *Balises pour définir l'offre de service et le projet clinique pour la clientèle du programme services en déficience physique, document de travail, réflexion conjointe de l'AERDPQ et de l'AQESSS*, janvier 2006.
11. *Harmonisation des termes à partir du concept de ligne de services*. Direction de la santé physique, Direction générale des services à la population, 26 janvier 2004, Loi sur la santé et les services sociaux, L.R.Q. CS-4art.102 et 103.
12. *Document support aux travaux du comité aviseur sur le projet clinique*. Programme déficience physique, document de travail, février 2004, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
13. *Cadre de référence pour les services surspécialisés en réadaptation en déficience physique*. MSSS, services aux personnes handicapées, février 2007
14. *Cadre de référence sur les modalités de collaboration et d'entente de services entre les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, Agence des Laurentides, 2006

ANNEXE 1

SERVICES PSYCHOSOCIAUX OFFERTS AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE :

DISTINCTION ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE (1RE) LIGNE OFFERTS EN CSSS

ET LES SERVICES DE DEUXIÈME (2E) LIGNE OFFERTS EN CRDP

CONTEXTE DE LA DÉMARCHÉ

Dans la région des Laurentides, les services psychosociaux pour les personnes ayant une déficience physique sont dispensés tant par les sept CSSS que par le CRDP. Les services psychosociaux du CSSS peuvent être offerts à la clientèle ayant une déficience physique à différents moments de son cheminement. Comme cette clientèle peut être desservie par différents programmes services, il est important de déterminer la nature des services psychosociaux offerts par les services spécifiques de première (1re) ligne en déficience physique, les distinguant ainsi des services psychosociaux de deuxième (2e) ligne.

ÉLÉMENTS CLÉS DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

1. L'intervention psychosociale dans le cadre des services spécifiques ou spécialisés doit être liée à la déficience physique de la personne.
2. Les interventions du CRDP sont spécialisées, intensives et circonscrites dans le temps, alors que les interventions des CSSS sont plus générales et spécifiques, à court, moyen et plus long terme.
3. Les interventions psychosociales de 2^e ligne se distinguent notamment par une connaissance approfondie de problématiques complexes et plus rares (ex : la blessure médullaire telle une quadriplégie, le traumatisme crânien) et par l'intensité des services offerts lors des premiers épisodes de la réadaptation d'une personne présentant une déficience physique.
4. Dans le cas où les interventions psychosociales requises pourraient être offertes en première (1re) ou deuxième (2e) ligne, la collaboration inter établissement sera nécessaire afin de déterminer le bon service pour la personne en fonction des besoins identifiés et du jugement clinique (ex. : PSI, discussion téléphonique).
5. La personne présentant une déficience physique peut recevoir des services psychosociaux des différents programmes services de son CSSS. Comme tout résident du territoire du CSSS, le client bénéficiera des services psychosociaux en réponse à des besoins qui ne sont pas reliés à sa déficience physique. Les services psychosociaux sont par conséquent offerts par le CSSS selon les besoins réels de la personne et non en fonction de son diagnostic.

ANNEXE 2

**SERVICES COURANTS DE RÉADAPTATION ET
SERVICES DE MAINTIEN ET DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION À LONG TERME**
EN PREMIÈRE (1RE) LIGNE (CSSS) POUR LES ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

Les services spécifiques de réadaptation de première (1re) ligne offerts aux personnes présentant une déficience physique (DP) des Laurentides sont dispensés par les sept CSSS tandis que les services de réadaptation spécialisés de deuxième (2e) ligne sont dispensés par le CRDP. Lors de la définition de la nature des services pour les personnes ayant une déficience physique, les directeurs cliniques des programmes DP des CSSS, la directrice des programmes de réadaptation du CRDP et l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides ont jugé nécessaire de clarifier le niveau de hiérarchisation et les rôles et responsabilités des CSSS pour deux types de services offerts aux adultes présentant une déficience physique : les services courants de réadaptation et les services visant le développement et le maintien des acquis.

Deux questions furent posées à un groupe d'experts cliniques provenant des sept CSSS régionaux et du CRDP Le Bouclier dont le résumé des échanges est présenté ci-après :

- Quel est le rôle de la 1re ligne par rapport aux services courants de réadaptation visant à réduire les incapacités temporaires chez une personne adulte ayant une déficience physique?
- Quel est le rôle de la 1re ligne par rapport aux services de réadaptation visant le développement et le maintien des acquis chez une personne adulte ayant une déficience physique?

SERVICES DE RÉADAPTATION EN PREMIÈRE (1RE) LIGNE : Réduire les incapacités temporaires

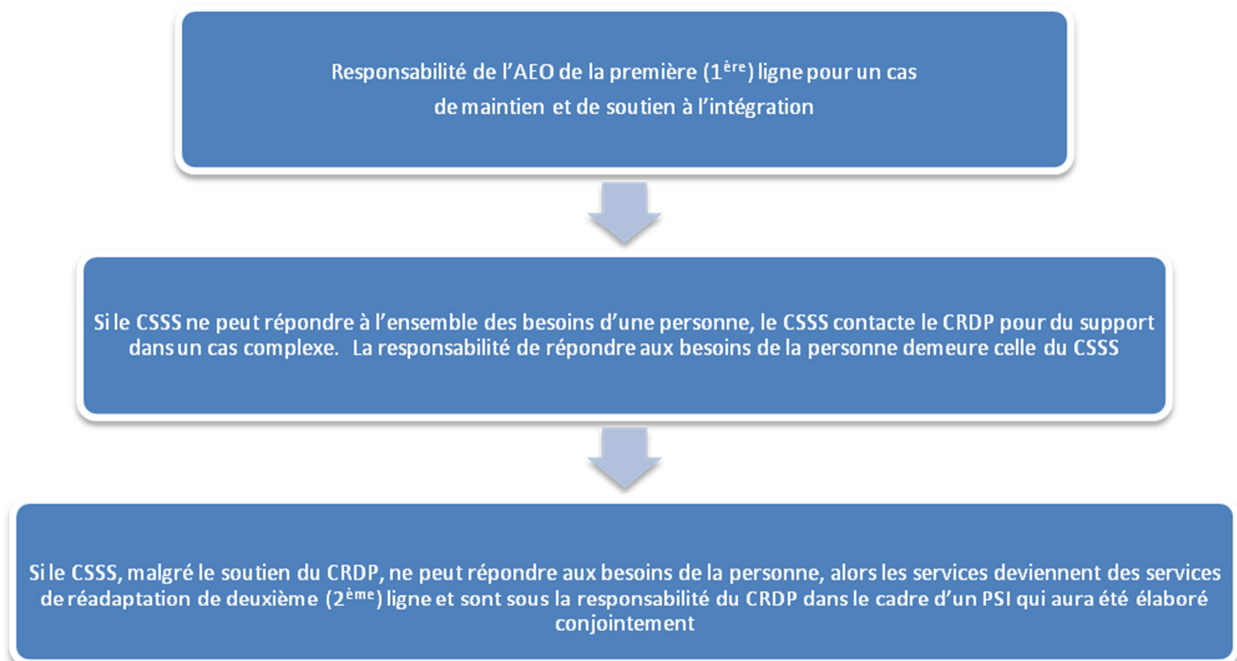
Au terme des discussions du groupe, il apparaissait évident pour tous que les services de réadaptation visant la réduction des incapacités temporaires sont un rôle de première (1re) ligne. Toutefois, le soutien de la deuxième (2e) ligne peut être requis pour certains cas plus complexes. La décision clinique concernant l'orientation de la personne vers les bons services est prise en fonction de l'évaluation, du diagnostic et du pronostic, soit lorsque la notion d'incapacités temporaires est prévue. Voici quelques exemples afin de bien illustrer l'enjeu de ces étapes :

- Une personne ayant une déficience physique, ayant terminé sa réadaptation et qui est à domicile. Cette personne chute et se fracture un bras. Il s'agira clairement de services de première (1re) ligne.
- Le déconditionnement d'une personne ayant une déficience physique et étant à domicile recevra ses services par la première (1re) ligne.
- Une personne ayant une déficience physique et demeurant à domicile qui fait face à une détérioration de son état. Cette situation est plus complexe, car il faut alors déterminer la cause de la détérioration et, dans certains cas, le soutien de la deuxième (2e) ligne sera nécessaire pour déterminer les meilleures modalités d'interventions à offrir.

Enfin, lorsque la deuxième (2e) ligne doit intervenir, et non seulement soutenir les interventions de la première (1re) ligne, l'épisode de réadaptation est offert par la deuxième (2e) ligne et il ne s'agit plus de réduction d'incapacités temporaires.

MAINTIEN ET SOUTIEN À L'INTÉGRATION À LONG TERME

Les échanges du groupe d'experts cliniques ont conclu que le maintien et le soutien à l'intégration sont une responsabilité de la première (1^{re}) ligne (prévention de la détérioration, sécurité à domicile, etc.). Le rôle de la deuxième (2^e) ligne en est un de soutien pour les cas plus complexes. La complexité des besoins de la personne, et non le lieu des interventions (domicile, travail, école, etc.) ni la nature des services offerts, permettra d'orienter la personne vers le bon établissement. Un arbre décisionnel est proposé :



ANNEXE 3

**SERVICES RELIÉS AU DÉVELOPPEMENT ET
SERVICES RELIÉS AU MAINTIEN ET AU SOUTIEN À L'INTÉGRATION À LONG TERME
*EN PREMIÈRE (1RE) LIGNE (CSSS) POUR LES ENFANTS/ADOLESCENTS
PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE***

CONTEXTE

Les interventions en lien avec le développement et le maintien des acquis de l'enfant/adolescent présentant une déficience physique dans les Laurentides sont dispensées tant par les sept CSSS, le CRDP que par le milieu scolaire. De plus, on retrouve des services offerts par d'autres partenaires des réseaux locaux de santé, soit par les centres de la petite enfance (CPE), le milieu scolaire ou des organismes communautaires. Les services visant le développement et le maintien des acquis chez l'enfant/adolescent présentant une déficience physique peuvent être offerts à différents moments de son cheminement. Il importe donc de clarifier le niveau de hiérarchisation et les rôles et responsabilités de chacun dans l'offre de services pour cette clientèle.

CONCEPTS GÉNÉRAUX

Les services offerts à la clientèle pédiatrique ayant une déficience physique sont reconnus comme une spécialité à cause des phases de développement de l'enfant. L'impact des facteurs environnementaux sur un jeune (famille, réseau scolaire, etc.) ajouté à sa déficience physique implique souvent une plus grande complexité où l'expertise de la deuxième (2^e) ligne est alors requise, sous forme de soutien ou d'interventions directes. Il importe pour les services offerts aux enfants/adolescents :

- D'avoir une approche interdisciplinaire
- D'assurer un suivi régulier de l'évolution du jeune présentant une déficience physique
- D'assurer une coordination des services offerts par la première (1re) ligne, la deuxième (2e) ligne, la troisième (3e) ligne au besoin et les autres ressources de l'environnement (milieu familial, milieu scolaire, milieu communautaire, etc.). Cette coordination peut prendre la forme d'un PSI où chacun joue son rôle selon son expertise et les besoins évolutifs du jeune

RÔLES DE LA PREMIÈRE (1RE) LIGNE ET COMPLÉMENTARITÉ DE LA DEUXIÈME (2E) LIGNE

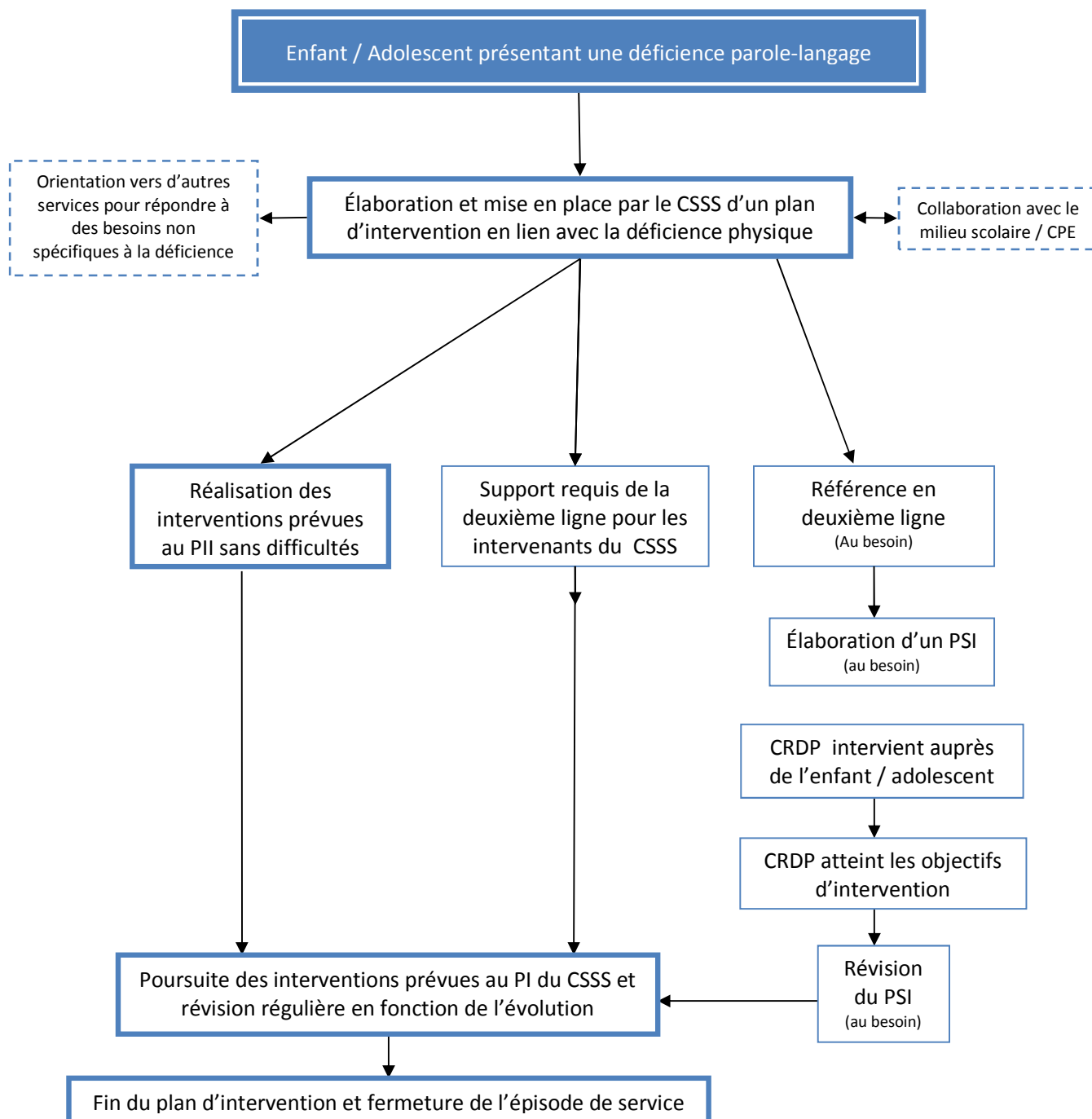
- ➔ Évaluer le milieu de vie et offrir le support à la famille et aux proches.
- ➔ Initier la réadaptation avant d'avoir un diagnostic clair.
- ➔ Initier et coordonner le PSI.
- ➔ Trouver des ressources de répit-dépannage pour l'entourage au besoin.
- ➔ Le développement et le maintien de l'autonomie globale de l'enfant sont réalisés en première (1re) ligne. Une fois le diagnostic clarifié, les services de deuxième (2e) ligne visent le développement des capacités de l'enfant ou de l'adolescent lui permettant de réaliser ses habitudes de vie et ainsi éviter les situations de handicap.
- ➔ A un rôle de soutien dans les cas complexes ou lors de changements significatifs.
- ➔ Établir des liens avec les RLS (réseau scolaire et le centre de la petite enfance) qui sont des partenaires importants.
- ➔ Stimulation du langage pour les enfants de 0 à 5 ans. Le milieu scolaire offre les services pour les jeunes de 6 ans et plus.
- ➔ Le maintien des acquis est la responsabilité de la première (1re) ligne. La deuxième (2e) ligne a un rôle de soutien dans les cas complexes ou lors de changements significatifs. Voici quelques exemples de consultations ou d'évaluations spécifiques au CRDP :
 - o Pour des changements significatifs au niveau des facteurs de l'environnement où il faut assurer une continuité avec le plan d'intervention qui avait été mis en place précédemment par le CRDP.
 - o Pour un trouble de comportement apparaissant à l'adolescence où l'on présume que ce trouble est associé à une déficience physique.
 - o Pour des difficultés qui apparaissent au niveau de l'apprentissage, des aides techniques ou des problèmes moteurs.

TRAJECTOIRES

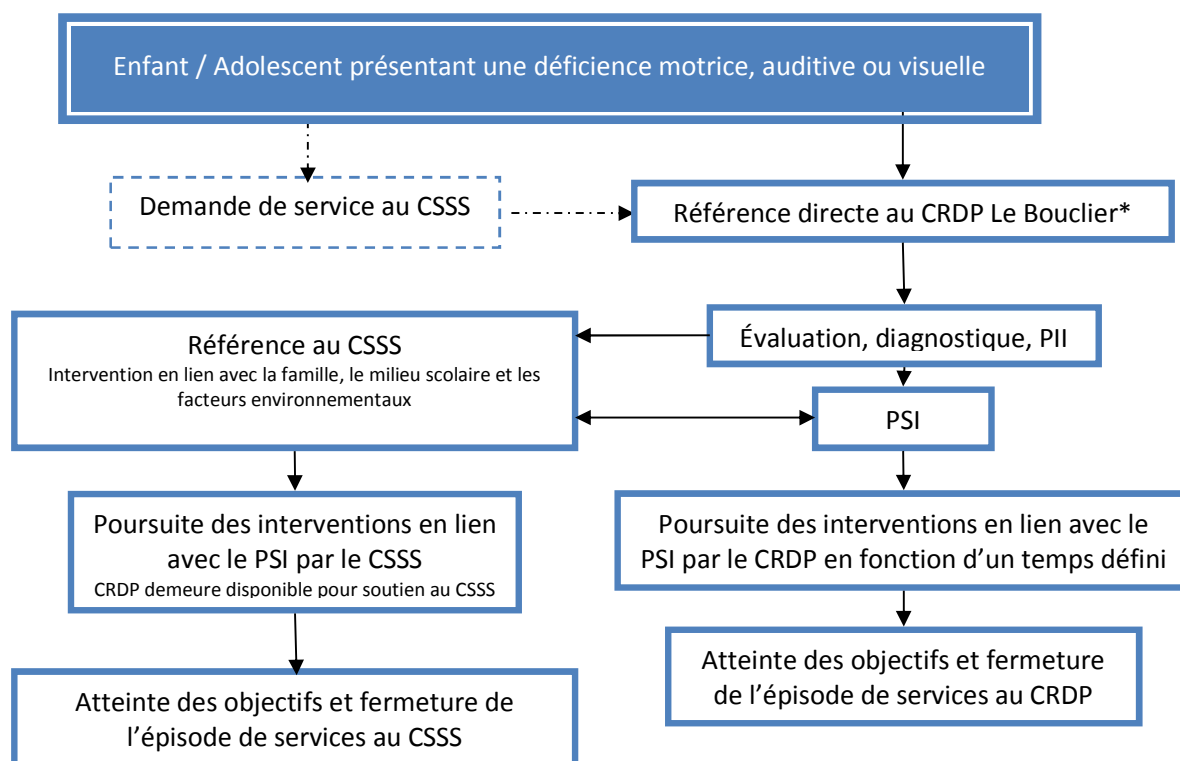
Afin de simplifier la compréhension des arrimages entre la première (1re) et la deuxième (2e) ligne pour les services offerts aux enfants/adolescents, deux (2) trajectoires de services furent développées. La première trajectoire concerne les enfants/adolescents qui présentent une déficience de la parole ou du langage. Il s'agit du volume le plus important et les cas où la première (1re) ligne (CSSS) est la plus interpellée, car les références sont faites directement au CSSS et non au CRDP.

La deuxième (2e) trajectoire concerne les cas de jeunes présentant une déficience motrice, visuelle ou auditive, qui sont majoritairement référés directement au CRDP et par la suite pris en charge au CSSS pour le maintien et le soutien à long terme.

**Trajectoire de l'enfant/adolescent
présentant une déficience de la parole et du langage**



Trajectoire de l'enfant/adolescent présentant une déficience motrice, auditive ou visuelle



***Référence directe des partenaires au CRDP :**

- Le diagnostic pour les enfants est souvent posé par Ste-Justine ou un centre spécialisé avec une référence directe au CRDP
- Le diagnostic pour les enfants en neurotraumatologie est posé par les centres surspécialisés compte tenu du cheminement de la clientèle. (sauf pour certains diagnostics de traumatisme crânio cérébraux légers qui peuvent être dépistés et diagnostiqués par certains CH régionaux)
- Concernant les grands prématurés, les pédiatres régionaux sont associés au centre Mère-Enfant de Ste-Justine et le CRDP projette de s'associer à Ste-Justine pour que la référence se fasse rapidement et qu'il n'y ait pas de délais pour l'intervention

ANNEXE 4

SERVICES RELIÉS À L'HÉBERGEMENT
POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

CONTEXTE

Par le passé, aucune orientation n'avait été clairement énoncée en ce qui a trait aux différentes responsabilités en matière d'hébergement pour la clientèle atteinte d'une déficience physique. Par défaut, la majorité des demandes d'hébergement en ressources intermédiaires étaient transmises vers le CRDP Le Bouclier, de par sa mission auprès de cette clientèle. En ce qui a trait aux soins de longue durée, ces soins étaient offerts par les CSSS. Toutefois, les récents travaux régionaux concernant la hiérarchisation des services en déficience physique, dont le volet hébergement, ont amené des questionnements sur le partage des responsabilités. Ceux-ci ont permis de mieux définir les rôles et responsabilités des établissements du réseau quant à l'hébergement.

RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE LA PREMIÈRE (1RE) LIGNE : CSSS

De par sa responsabilité populationnelle, le CSSS s'assure d'offrir les soins et services de première (1re) ligne que l'on retrouve dans l'ensemble des types de ressources d'hébergement. Il est responsable d'offrir et de développer des places en ressources alternatives à l'hébergement et en soins de longue durée pour la clientèle en déficience physique, outre ceux nécessitant une expertise et un encadrement plus spécialisé. Au besoin, il établit des liens avec le CRDP pour obtenir un soutien et de la formation en lien avec les besoins de leurs usagers atteints d'une déficience physique.

RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE LA DEUXIÈME (2E) LIGNE : CRDP

Pour sa part, le CRDP assure les services requis pour la clientèle nécessitant des services spécialisés de 2^e ligne. Ceci est souvent observé par une fréquence plus importante des services et un niveau d'intervention et d'encadrement plus soutenu en lien avec la déficience physique de cette clientèle. Au niveau de l'hébergement, ceci est principalement constaté pour une clientèle présentant un trouble grave du comportement. Outre son offre de services en ressources intermédiaires, le CRDP offre des services de réadaptation pouvant avoir un rôle déterminant pour le maintien dans le milieu de vie de la clientèle. Enfin, de par ses services internes et externes, l'établissement permet de maximiser l'autonomie de la personne à son plein potentiel en lien avec sa déficience physique.