

PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE

- Contexte, définition et état de situation
- Orientations régionales

Estrie 2007-2010

PRÉAMBULE

Il me fait plaisir, à titre de directrice de l'organisation des services, de présenter les orientations régionales pour les personnes ayant une déficience physique.

Les présentes orientations en déficience physique ont comme objectif premier d'alimenter le processus d'élaboration des projets cliniques des centres de santé et de services sociaux en Estrie.

La principale caractéristique de ce document est d'intégrer un ensemble d'information sur les besoins de la clientèle ayant une déficience physique, l'organisation actuelle des services en Estrie ainsi que les éléments d'organisation requis pour la mise en œuvre des mesures privilégiées pour favoriser l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services dispensés.

La finalité recherchée de l'amélioration des services offerts aux personnes ayant une déficience physique est l'accomplissement de leur intégration sociale et de leur réelle participation sociale.

Lors de l'élaboration de ce document, de nombreuses consultations ont été réalisées en Estrie : la Table des directeurs généraux des établissements CSSS-CHUS, la Table des directeurs généraux des centres de réadaptation, les gestionnaires des programmes-services concernés en CSSS, le Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et ses organismes communautaires et la Table de concertation établissements/Agence.

Les étapes franchies pour avis au conseil d'administration ont inclus la Commission infirmière régionale de l'Estrie, la Commission multidisciplinaire de l'Estrie et le Département régional de médecine générale. Enfin, le document des orientations régionales en déficience physique incluant son plan de mise en œuvre a été adopté à l'assemblée du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie tenue le mardi 27 février 2007.

Lors de cette même assemblée, les membres du conseil d'administration de l'Agence ont demandé de poursuivre les travaux afin d'ajuster l'offre de service des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) aux balises inscrites dans la définition des programmes-services du Ministère de la santé et des services sociaux et de faire une proposition au conseil d'administration de l'Agence suite à ces travaux.

En terminant, je remercie les membres du comité de travail ainsi que toutes les personnes et tous les organismes qui ont transmis leurs commentaires au cours des étapes de production du document.

La directrice de l'organisation des services,



Lynda Périgny

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL
DE L'ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
TENUE LE MARDI 27 FÉVRIER 2007

Résolution numéro A.23.04.01

Objet : Programme-services Déficience physique - Orientations régionales et plan de mise en œuvre 2007-2010

Sur proposition dûment appuyée,

CONSIDÉRANT :

- que la Loi 83 prévoit que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie doit faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- qu'il a été convenu avec les établissements de la région que l'Agence définirait des orientations régionales pour chacun des neuf programmes-services pour soutenir les projets cliniques des réseaux locaux;
- que l'Agence de l'Estrie s'est inspirée du document produit par le MSSS « *Les orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009 : Pour une véritable participation à la vie de la communauté* » pour définir les orientations régionales dans le Programme-services Déficience physique;
- que les orientations régionales proposées ont fait l'objet d'une consultation auprès de l'ensemble des établissements, organismes communautaires et comités consultatifs qui démontrent un appui favorable aux orientations régionales proposées par l'Agence;

IL EST RÉSOLU :

D'ADOPTER LES ORIENTATIONS RÉGIONALES ET LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE 2007-2010 DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE EN REGARD DU PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE.

ADOPTÉ.

Conforme au procès-verbal de cette assemblée.



Michel Baron, M.D.
Secrétaire

2007-03-06

**EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL
DE L'ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
TENUE LE MARDI 27 FÉVRIER 2007**

Résolution numéro A.23.04.02

**Objet : Programme-services Déficience physique - Orientations régionales et plan de mise en œuvre
2007-2010**

Sur proposition dûment appuyée,

CONSIDÉRANT :

la nécessité d'améliorer l'arrimage entre le Centre de réadaptation Estrie et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour la clientèle ayant des besoins de réadaptation intensive (URFI);

IL EST RÉSOLU :

DE POURSUIVRE LES TRAVAUX AFIN D'AJUSTER L'OFFRE DE SERVICE DES UNITÉS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI) AUX BALISES NATIONALES INSCRITES DANS LA DÉFINITION DE PROGRAMMES-SERVICES DU MSSS ET DE FAIRE UNE PROPOSITION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE SUITE À CES TRAVAUX.

ADOPTÉ.

Conforme au procès-verbal de cette assemblée.



Michel Baron, M.D.
Secrétaire

2007-03-06

TABLE DES MATIÈRES

Contributions à l'élaboration du Programme-services Déficience physique.....	viii
--	------

Sigles utilisés dans le document.....	ix
---------------------------------------	----

PARTIE I : Contexte, définition et état de situation régional

1. Introduction	3
2. Contexte supportant la consolidation du Programme-services Déficience physique	5
3. Définition du Programme-services Déficience physique et ses interfaces avec les autres programmes-services.....	8
3.1 Contexte et historique de l'organisation des services en déficience physique.....	8
3.2 Clientèle visée par le Programme-services Déficience physique.....	10
3.3 La gamme des services en déficience physique telle que souhaitée par le MSSS	11
3.4 Les interfaces avec les autres programmes-services et secteurs d'activités.....	14
4. État de situation en Estrie.....	15
4.1 Prévalence estimé (2006-2011) des personnes ayant une déficience physique en Estrie	15
4.2 Données d'utilisation des services par les personnes ayant une déficience physique	16
4.3 Ressources financières dépensées dans le Programme-services Déficience physique	26
4.4 Bilan des réalisations du Plan d'action régional 2003-2006 en déficience physique	27

PARTIE II : Orientations régionales 2007-2010

5. Projets d'orientations régionales 2007-2010	31
5.1. Les principes directeurs	31
5.2. Enjeux d'ordre clinique et organisationnel du programme Déficience physique.....	33
5.3. Les orientations régionales 2007-2010 : les priorités proposées	34
5.4. Rappel des rôles et responsabilités	35
6. Évaluation et reddition de comptes.....	37
7. Éléments administratifs et de soutien aux services.....	38
7.1. Enjeux des ressources humaines.....	38
7.2. Enjeux du soutien informatique et informationnel	39
7.3. Enjeux des communications	40
7.4. Enjeux du financement	40

PARTIE III : Plan régional de mise en œuvre

8. Plan régional de mise en œuvre 2007-2010.....	43
--	----

Bibliographie	49
---------------------	----

Liste des annexes

Annexe 1 – Définition des termes

Annexe 2 – Petit lexique des critères pour la reconnaissance des déficiences physiques

Annexe 3 – Prévalence de la déficience physique en Estrie

Annexe 4 – Description des centres d'activités en CSSS et CRDP

Contributions à l'élaboration du Programme-services Déficience physique

Nous tenons à remercier chaleureusement chacune des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Les membres du Comité directeur en déficience physique

Sylvie Doiron, Centre de réadaptation Estrie
Lucie Dumas, Centre de réadaptation Estrie
Yves Gascon, Action Handicap Estrie (au titre de substitut de Mme Ann Morin)
Suzanne Gosselin, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Sherley Jones, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Charles Lamontagne, ROC de l'Estrie
Hélène Laprise, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Marc Lavertu, Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Estrie (AQEPA)
Marie-Andrée Lemieux, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
Ann Morin, Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile
Pierre-André Rainville, Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook
Gilles Tousignant, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mise en pages et traitement de texte

Françoise Fournier, Direction de l'organisation des services

Coordination des travaux, rédaction

André Brien, personne-ressource
Sherley Jones, Direction de l'organisation des services

Données sur la prévalence en déficience physique

Michel Carbonneau, Direction de santé publique et de l'évaluation

Données régionales sur la consommation de services en CSSS (I-CLSC)

France Bisson, Technocentre régional
Annie Bélisle, Direction de santé publique et de l'évaluation

Données régionales sur la consommation des services spécialisés de réadaptation en déficience physique

Chantal Arbour, Centre de réadaptation Estrie

Rédaction du volet relatif à la Prévention/promotion

Robert Pronovost, Direction de santé publique et de l'évaluation, Prévention/promotion de la santé

Rédaction du volet relatif à l'enjeu des ressources humaines

Ginette Noël, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
Nicole Berthiaume, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ACTE	Association des accidentés cérébro-vasculaires et Traumatisés crâniens de l’Estrie
Agence de l’Estrie	Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie
ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHA	Centre hospitalier affilié
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSLD	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CJE	Centre jeunesse de l’Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CNDE-Dixville	Centre Notre-Dame-de-l’Enfant - Centre d’accueil Dixville
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DSPE	Direction de santé publique et de l’évaluation
DRMG	Département régional de médecine générale
DRMS	Département régional de médecine spécialisée
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d’activités
EQLA	Enquête québécoise sur les limitations d’activités
GMF	Groupe de médecine de famille
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
PAL	Plan d’action local en santé publique
PALV	Perte d’autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d’action régional en santé publique
PI	Plan d’intervention
PII	Plan d’intervention interdisciplinaire
PNSP	Programme national de santé publique
PPP	Partenariat public-privé
PRIE	Plan régional d’informatisation de l’Estrie
PROS	Plan régional d’organisation de services
PSI	Plan de services individualisé
RA	Résidence d’accueil
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle (RI, RA, logements supervisés)
RTF	Ressource de type familial (comprend famille d’accueil et résidence d’accueil)
SAD	Soutien à domicile
SAAQ	Société de l’assurance automobile du Québec
SID	Service interdisciplinaire de la douleur
SIR	Service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle
SM	Santé mentale
SP	Santé physique
SSS	Santé et services sociaux
TCC	Traumatisme craniocérébral
TED	Trouble envahissant du développement
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

PARTIE I :
Contexte, définition
et état de situation régional

1. INTRODUCTION

Les personnes ayant une déficience physique font partie des clientèles dites « *vulnérables* ». Bien qu’elles aient toutes des limitations, elles ne forment pas pour autant un groupe homogène, leurs déficiences étant de diverses natures : motrice, visuelle, auditive, du langage dont l’origine est tantôt congénitale, tantôt acquise à la suite d’une maladie ou d’un traumatisme.

Il en résulte donc la nécessité d’offrir une gamme variée de services destinés à répondre, ponctuellement ou pour une durée prolongée, aux besoins spécifiques de chacun de ces groupes de personnes. En effet, les déficiences qui induisent **des incapacités permanentes et significatives**, vont constituer des entraves à l’exercice de rôles sociaux des personnes, commandent la mise en place d’un réseau de services de soutien et de réadaptation ainsi que, pour certaines personnes, des milieux de vie substituts adaptés.

Le tableau suivant présente la prévalence estimée de la déficience physique en Estrie :

Tableau 1
Nombre estimé de personnes en ménage privé¹
ayant une incapacité modérée à très grave selon le sexe
et le groupe d’âge – Estrie 2006²

Groupes d’âge	Femmes	Hommes	Total
0 – 17 ans	296	656	952
18 – 64 ans	4702	4551	9253
65 ans et plus	4390	2695	7085
Total Estrie	9388	7902	17290

Les principaux défis ou difficultés auxquels sont confrontées les personnes ayant une déficience physique, leurs proches et les intervenants en regard du système de services, sont :

L’accessibilité

- Le réseau de la santé et des services sociaux offre une gamme de services en première ligne et des services spécialisés de réadaptation en deuxième ligne aux personnes ayant une déficience physique. Toutefois, le défi principal réside dans sa capacité de répondre en temps opportun et avec l’intensité requise. Cette situation se traduit en Estrie, par exemple : par de longs délais d’attente tant pour l’accès à des mesures de soutien financier à domicile (allocations directes) – dans un contexte où est privilégié tout ce qui contribue au maintien dans le milieu de vie naturel – que pour certains services spécialisés de réadaptation chez les enfants et les adultes

La continuité des services

- L’offre de service en déficience physique est répartie entre les ressources de première ligne (intervenants et intervenantes des CSSS, médecins généralistes, GMF du territoire et organismes communautaires du secteur de la déficience physique) et les ressources de deuxième ligne (ensemble des programmes du CRE, certains programmes spécifiques du CHUS et du CSSS-IUGS). Au fil des années, divers corridors de services et modalités de collaboration ont été mis en place, tantôt à partir de protocoles de services, tantôt à travers des pratiques courantes moins formalisées.

La qualité et la pertinence des services offerts

- Les connaissances sur les interventions les plus efficaces ne cessent de progresser mais ne se reflètent pas toujours sur les pratiques professionnelles. Les intervenants, spécialement en première ligne, ont dans l’ensemble peu accès aux données d’évaluation et de recherche, à une formation intégrée continue, au soutien de consultants spécialisés, à la supervision clinique et à l’évaluation du résultat de leurs actions.

La situation précaire des personnes ayant une déficience physique

- Bien que des avancées manifestes aient été faites dans les vingt dernières années, notamment avec la réduction des barrières physiques et architecturales, une reconnaissance de leurs besoins et le développement de services spécialisés de réadaptation et de soutien à l’intégration, les personnes ayant une déficience physique continuent à être confrontées à des obstacles multiples nuisant à leur intégration sociale et socioprofessionnelle; ce qui peut les inciter, dans leur quête d’un niveau d’autonomie accrue, à démissionner ou les empêcher de faire appel aux services pouvant les aider, surtout si par surcroît, ceux-ci sont difficiles à obtenir ou insuffisamment adaptés à leur type d’incapacité.

La participation des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches

- Les personnes ayant une déficience physique et leurs familles veulent être traitées avec autant de considération, d’importance et d’attention que les clientèles plus importantes numériquement, desservies dans d’autres programmes-services. Elles ont toujours fait valoir, au fil des ans, par le biais des associations qui

¹ Sont inclus les personnes en ménage privé, mais aussi en **ménage collectif** non institutionnel.
² Source : CARBONNEAU, M. (2006). *Prévalence de la déficience physique en Estrie*, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie. Voir pour autres données, la section « État de situation en Estrie ».

les représentent, que leurs besoins particuliers comme personnes utilisatrices de services, doivent être pris en compte; de plus, elles veulent et doivent jouer un rôle actif dans les décisions qui les concernent autant que dans la planification des services et l'évaluation de leur qualité. Par ailleurs, le soutien aux proches, sous toutes ses formes, représente une condition essentielle pour l'intégration de la personne handicapée.

Dans « **Les orientations ministérielles en déficience physique - Objectifs 2004-2009 : Pour une véritable participation à la vie de la communauté** »³ diffusé en 2003, on reconnaissait les lacunes qu'accuse le réseau de santé et de services sociaux et on donnait le coup d'envoi pour soutenir l'ensemble des acteurs concernés par les changements à entreprendre. Ces changements devront de plus s'inscrire dans le nouvel environnement législatif et organisationnel décrit un peu plus loin dans ce document.

La détermination des orientations régionales en Estrie s'inscrit d'abord dans la suite de travaux régionaux d'envergure menés au cours des dernières années, à savoir :

- le **Continuum intégré de services en déficience physique** adopté en 2000⁴;
- le **Plan d'action régional en déficience physique 2003-2006** qui a connu son terme récemment⁵.

Elle s'appuie, en outre, sur les principes directeurs ministériels et la recherche d'une utilisation optimale des ressources disponibles de même que sur les mécanismes de hiérarchisation et d'intégration des services. La nouvelle configuration de l'architecture du réseau nous amène aussi à mieux cerner la spécificité du Programme-services **Déficience physique** en interface avec les autres programmes-services du réseau de santé et de services sociaux. L'ensemble de ces éléments précédemment énumérés constitue donc les assises principales à partir desquelles vont s'articuler les orientations régionales.

La présente mise à jour des orientations régionales s'inscrit d'abord dans la suite de travaux régionaux d'envergure menés au cours des dernières années, à savoir :

- Le **Plan d'action régional 2003-2006 en déficience physique** qui a connu son terme récemment⁶;
- Le **Modèle d'organisation des services pour les personnes ayant une déficience physique**.

Par ailleurs, l'offre de service du MSSS concernant le programme-services DP est en cours d'élaboration et ne sera disponible qu'au printemps 2007. Ces précisions du MSSS, lorsqu'elles seront connues, pourront amener certains ajustements aux présentes orientations régionales.

Enfin, pour faire face aux divers défis mentionnés, il faudra prendre en compte les tendances suivantes observées en Estrie :

- L'innovation des façons de faire, dans un contexte de rareté de ressources tant humaines que financières;
- Une implication accrue de la première ligne en matière de soutien à l'intégration et de maintien en milieu de vie naturel;
- Le rapprochement des services du milieu de vie des personnes utilisatrices;
- Des réseaux tendant vers l'intégration de leurs composantes et une interdépendance plus grande dans les niveaux de services de première et deuxième lignes;
- Des conditions propices au rapprochement des chercheurs, décideurs et cliniciens de façon à ce que les services disponibles à la population s'inspirent largement des modèles reconnus efficaces et de standards de pratiques;
- Un accent marqué mis sur la quête d'autonomie et la réalisation du projet de vie de la personne handicapée;
- Une intégration effective des personnes utilisatrices et de leurs proches dans les diverses structures clinico-administratives de décision, de consultation, d'évaluation;
- De nouvelles pratiques de suivi de gestion.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les orientations ministérielles en déficience physique - Objectifs 2004-2009 : Pour une véritable participation à la vie de la communauté*, Québec, 2003.

⁴ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Continuum intégré des services en déficience physique*, novembre 2000.

⁵ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Plan d'action régional en déficience physique 2003-2006*, octobre 2003.

⁶ On retrouve à la section 4.4 du présent document un bilan sommaire des réalisations.

Ce document abordera les aspects suivants :

- un rappel des définitions et des attendus à l'intention des différents acteurs concernés pour donner une cohérence aux actions à poursuivre ou à entreprendre et, s'il y a lieu, à des ajustements de pratiques ou des services;
- l'identification d'écarts entre notre offre de service actuelle et les balises ministérielles (encore incomplètes)⁷ proposées pour être en mesure de planifier, s'il y a lieu, les ajustements nécessaires;
- des repères en regard de suites à donner et traduites sous forme d'**orientations**, qui s'inscrivent dans le prolongement des résultats atteints à ce jour ou en cours d'actualisation et ce, dans le cadre de l'organisation des services actuelle pour les clientèles visées par le programme-services.

2. CONTEXTE SUPPORTANT LA CONSOLIDATION DU PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE

Un environnement législatif nouveau

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services (RLS) à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Pour le ministre Philippe Couillard,

« ... l'avantage pour la personne, c'est de savoir qu'il y aura une organisation dans son milieu de vie qui sera responsable de lui offrir les meilleurs services afin qu'elle n'ait plus à se débrouiller *seule* dans le labyrinthe qu'est trop souvent notre réseau ».

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs cas, d'un

centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant **l'accessibilité, la continuité et la qualité** des services destinés à la population du territoire local.

Le réseau local de services

Avec la création des réseaux locaux de services, les différentes personnes et organisations offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, elles doivent ensemble assurer un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule vise, entre autres, une meilleure intégration des services, en particulier, pour les personnes vulnérables telles celles atteintes de cancer.

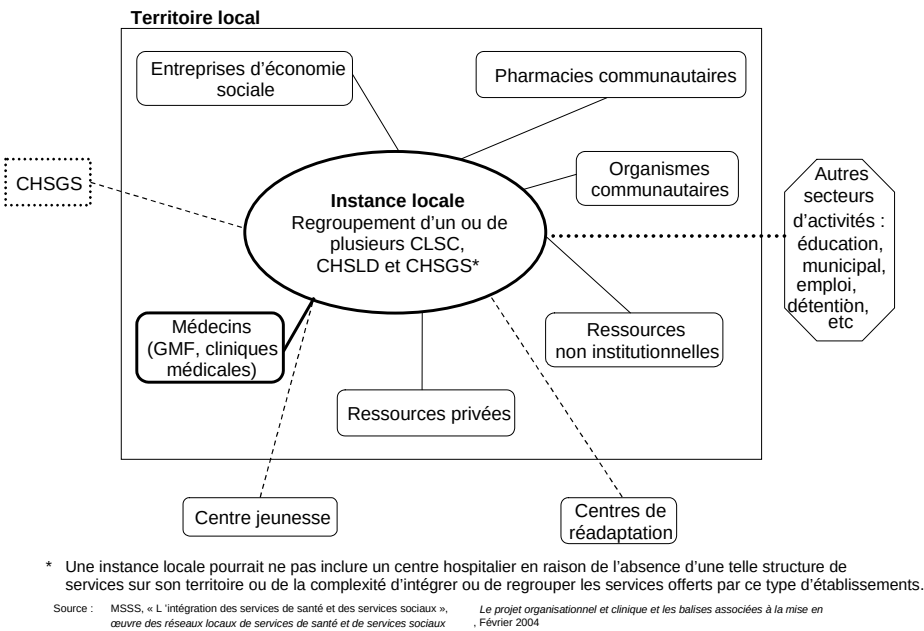
Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services doivent d'abord définir leur projet clinique et organisationnel visant l'interdisciplinarité et la complémentarité des services. La loi 83 confie aux CSSS la responsabilité de mobiliser l'ensemble de ses partenaires pour élaborer ce projet d'organisation, et ce, dans le cadre d'une approche populationnelle.

Le projet clinique

Le MSSS définit le projet clinique de la manière suivante :

« Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion/prévention de la santé et du bien-être,

Les acteurs dans le réseau local de services



⁷ Plusieurs des objectifs énoncés dans le cadre des Orientations ministérielles 2004-2009 sont en cours d'actualisation à l'échelle nationale, notamment ceux ayant trait à des offres type de services selon les problématiques ou des délais d'attente maximum. Toutefois, les résultats de ces travaux qui vont devenir des standards de référence et de pratique ne seront connus que plus tard.

le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition⁸ ».

Pour transiter vers une offre mieux intégrée et coordonnée de services, le projet clinique mise sur la responsabilité populationnelle ainsi que sur la hiérarchisation et l'intégration mieux articulée des services. Fondamentalement, le projet clinique présente une démarche qui conduit à l'identification des éléments de l'offre de service qui permettent d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité. La mise en ordre de priorité de ces éléments et leur traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constituent la pierre angulaire du projet clinique du CSSS et de son réseau local de services (RLS).

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

« Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie ».

MSSS, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal, octobre 2004, p. 11.

À partir des orientations ministérielles et régionales ainsi que des cibles qui seront mises de l'avant suite au portrait des besoins de la population, de l'offre et de la demande de services, le projet clinique permet d'identifier les écarts à combler et à prioriser.

Les programmes-services

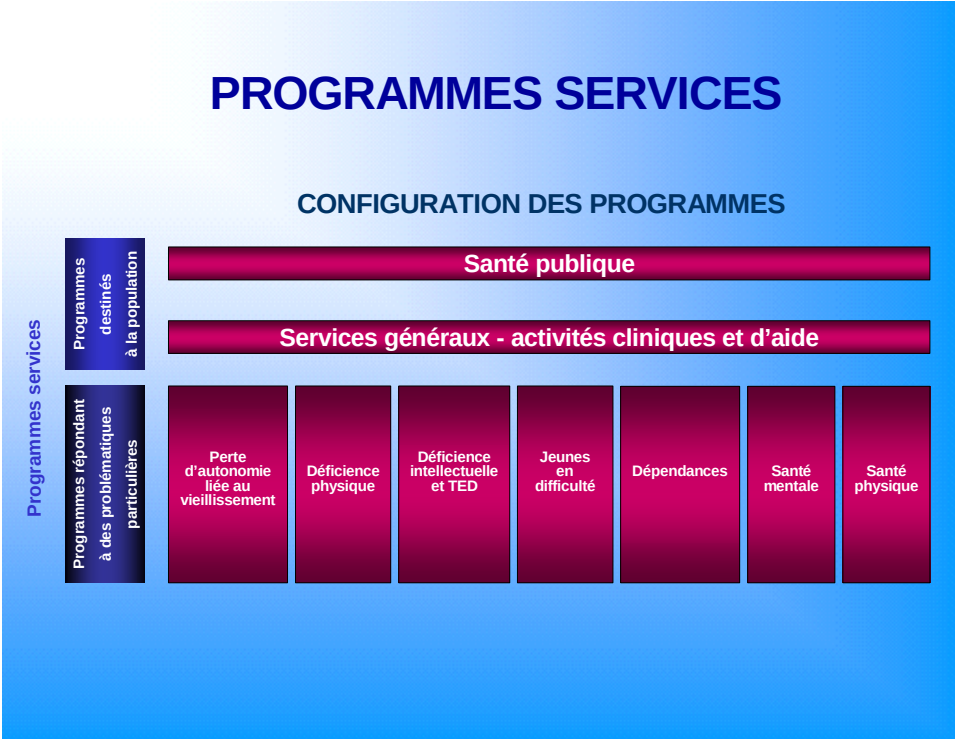
L'approche par programme-services permet de sortir de la stricte logique « établissement », de favoriser la mise en place de continuum de services et de favoriser une approche populationnelle. Selon la définition donnée par la Direction de la planification du Ministère :

« Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés 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 commune⁹ ».

Conformément à la loi 83, il revient à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, pour chacun des neuf programmes-services, de définir les orientations régionales couvrant une période de cinq ans. Ces orientations sont définies en continuité avec les orientations ministérielles. Elles découlent aussi d'un bilan portant sur le degré d'actualisation des orientations antérieures.

L'arrimage des neuf programmes-services entre eux et la reconnaissance de leur interdépendance dans la réponse aux besoins des personnes, des clientèles particulières, des groupes vulnérables et de l'ensemble de la population lancent de nombreux défis. De plus, et dans un souci de répondre efficacement aux besoins des individus, il s'avère essentiel que l'élaboration et l'implantation de chaque programme tiennent compte particulièrement de l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise, mais aussi des orientations ministérielles au regard de l'analyse différenciée selon les sexes.

L'accessibilité des services pour les personnes d'expression anglaise repose sur deux articles (15 et 348) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le premier (art. 15) reconnaît le droit de ces usagers de recevoir des services dans leur langue. Ce droit s'articule dans un programme régional d'accès aux services en langue anglaise (art. 348). Le programme identifie les établissements de la région qui rendent une partie ou



⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal, octobre 2004.

⁹ Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux. MSSS, janvier 2004.

l'ensemble de leurs services accessibles en langue anglaise. Cette offre donne lieu à un décret gouvernemental. Quant aux personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais, la LSSSS ne leur reconnaît pas le droit d'accès aux services de santé et services sociaux dans leur langue. La LSSSS prévoit que chaque programme régional d'organisation de services doit prendre en compte les « caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population ... ». À cette fin, un plan régional d'accessibilité, adapté en 1997, cible certains établissements de région qui doivent élaborer un plan d'accès.

Par ailleurs, depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et dans sa culture ministérielle une nouvelle approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes : il s'agit de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS)¹⁰.

Cette approche permet de raffiner la connaissance des réalités vécues par les femmes et les hommes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. Ce type d'analyse est essentiel pour adapter les actions afin de les rendre plus efficaces et de répondre, pour chacun des neuf programmes-services, aux réels besoins pouvant être très différents des femmes et des hommes de chaque territoire et de la région de l'Estrie.

Des défis

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé, la réalisation du *Projet clinique et des neuf programmes-services* à l'intérieur de chaque *réseau local de services de santé et de services sociaux* constitue un projet novateur et de partenariat par excellence. De nombreux défis sont lancés dont celui de passer d'une pure logique de prestation de services à une où les partenaires sectoriels et intersectoriels du RLS doivent partager collectivement une responsabilité envers la population et autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être. Dans ce contexte de changement « de vision et de culture », les personnes et organisations évoluent dans un environnement qui devient de plus en plus complexe et interdépendant, soulevant ainsi de nombreux défis en regard de la gestion du changement qui devient un incontournable.

Approche et responsabilité populationnelles

Jusqu'à maintenant, une logique de production de services prédominait dans notre système de santé. Étant responsable de sa clientèle, chaque établissement planifiait l'offre de service et allouait les ressources en conséquence. L'établissement performant était celui qui réussissait le mieux à obtenir les ressources nécessaires. La vision mise de l'avant par la loi 25 repose sur des notions différentes dont l'approche et la responsabilité populationnelles.

L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles et des besoins identifiés. Elle vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une *population donnée* plutôt qu'en fonction *des individus qui consomment* les services¹¹. Comme citée antérieurement, la notion de responsabilité populationnelle implique que les personnes et les organisations qui offrent des services à la population d'un territoire local soient amenées à *partager collectivement une responsabilité* à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, de la prévention aux soins de fin de vie, et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux¹².

Le réel potentiel de la transformation en cours : améliorer la capacité du système de mettre à profit les ressources du réseau local pour augmenter son impact sur la santé et le bien-être de la population du territoire concerné¹³. Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action.

Gestion du changement

IMPUTABILITÉ

En conformité avec la notion de responsabilité populationnelle, la première question à laquelle doit répondre le projet clinique a trait à l'engagement des personnes et des organisations du réseau local face à une population définie. Elle repose également sur l'acceptation par ces acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.

¹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p. 27.

Comme souligné dans le cadre de référence du MSSS, les enjeux soulevés par la gestion du changement sont majeurs, car les objectifs les plus précis, les meilleurs approches et modèles retenus ne peuvent à eux seuls garantir le succès de l'entreprise¹⁴. Globalement, un des premiers défis consiste à rendre le changement acceptable, souhaitable,

voire désirable. Comme cité antérieurement, le projet clinique repose sur un changement de culture majeur, un réel *virage santé-population*. L'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population est un impératif : on désire *accentuer la culture de partenariat et le travail d'équipe*, de même qu'adopter une organisation

¹⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux*, Cahier de formation pour les gestionnaires, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

¹¹ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Trousse d'information, novembre 2004.

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 5.

¹³ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population*, document de discussion, juin 2004, p. 6.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 65.

des processus de travail pour assurer, notamment, la prise en charge des personnes et le continuum de soins et services. Deux facteurs jouent donc ici un rôle-clé : le temps et l’approvisionnement mutuel¹⁵.

Si ce changement de culture interpelle tous les acteurs, certains sont néanmoins plus directement touchés¹⁶ :

- Les membres des équipes de direction qui ont à porter le changement, à faire équipe;
- Les cadres intermédiaires, sur qui repose une large partie de la transformation : leurs responsabilités et leur mode de gestion s’orienteront davantage vers le soutien aux équipes interdisciplinaires;
- L’ensemble des cliniciens surtout qui seront appelés à ajuster leurs pratiques professionnelles aux changements de culture et de paradigme;
- Tous les partenaires, coresponsables de la réalisation du projet clinique, qui sont aussi mis à contribution.

Ainsi, les partenaires, médecins, organismes communautaires, partenaires intersectoriels, autres établissements spécialisés, etc., doivent être impliqués afin qu’ils se sentent à la fois coresponsables à l’égard de la population et des clientèles qu’ils desservent et respectés dans leur mission propre.

Il s’avère donc impératif de mettre parmi les préoccupations centrales du projet clinique la mobilisation. Il importe au départ de faire comprendre la nature du changement, de se donner un langage commun, de développer une vision partagée et de favoriser des concertations ouvertes. Le défi humain, c’est aussi de bâtir un climat de bonnes relations humaines, notamment grâce à des moyens structurés d’information et d’échange.

Aux défis humains ainsi qu’aux nouvelles visions et cultures s’ajoutent le défi de la « construction » de l’organisation pour qu’elle puisse porter le changement. Comme énoncé dans le Cadre de référence du MSSS pour les réseaux locaux de services¹⁷ :

Il s’agit d’un défi structurel. Il consiste à déterminer le modèle de plan d’organisation stratégique, clinique et opérationnel que devra prendre l’organisation pour rencontrer ses responsabilités populationnelles et ses responsabilités à l’égard des clientèles vulnérables et particulières, assurer l’atteinte des objectifs d’accessibilité, de continuité et de qualité que supporte le projet clinique et soutenir le mandat majeur de leader du partenariat qui lui incombe.

3. DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE ET SES INTERFACES AVEC LES AUTRES PROGRAMMES-SERVICES

L’objectif principal de cette section est de départager les éléments qui font partie du Programme-services Déficience physique selon l’architecture du réseau proposée par le MSSS de ceux qui sont rattachés aux autres Programmes-services. Au préalable, il convient de présenter une mise en contexte et de faire le rappel de certaines définitions-clés.

3.1 Contexte et historique de l’organisation des services en déficience physique

L’adoption en 1978 de la *Loi assurant l’exercice des personnes handicapées*¹⁸ allait marquer un tournant en regard de la perception dans notre société, des personnes qui présentaient **des incapacités significatives et persistantes**. La perception dominante jusqu’alors, « *de dépendance et de marginalité à l’endroit de ces personnes devait faire place à la valorisation de leur autonomie et de leur intégration sociale* »¹⁹. Cette même loi allait créer l’Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), conçu comme « *un levier de promotion du changement souhaité* »²⁰. En 1984, cet organisme publie la politique « *À part...égale* »²¹, qui identifiait un ensemble de voies et moyens destinés à contribuer à actualiser cette nouvelle vision de la personne handicapée et de la place à lui reconnaître dans notre société.²²

Finalement, il faudra attendre en 1995, date où des ***Orientations ministérielles en déficience physique***²³ seront énoncées, l’accent étant mis tout particulièrement sur l’organisation de services à l’échelle régionale²⁴. Bien avant ce moment pourtant, la région de l’Estrie n’était pas demeurée inactive, développant, notamment : au cours des années 1970, des milieux de vie adaptés de type non institutionnels²⁵; au début des années 1980²⁶, des éléments d’une offre plus articulée de services spécialisés de réadaptation qui allaient progressivement se mettre en place. Cet état de choses allait permettre à de nombreuses personnes ayant une déficience physique et ce, au cours des années

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 22.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 66.

¹⁸ Loi assurant l’exercice des droits des personnes handicapées. Cette loi a été révisée en décembre 2005 et cible de façon plus précise diverses situations à améliorer.

¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique 2004-2009, Québec, 2003, p. 11.

²⁰ Ibid 2, p. 11.

²¹ OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *À part...égale - Sans privilèges, ni discrimination*, 1984.

²² Cette politique est en cours de révision.

²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Québec, 1995.

²⁴ Tel qu’indiqué d’ailleurs dans le préambule, les orientations sont destinées avant tout à servir de guide à l’élaboration du PROS en déficience physique.

²⁵ C’est à cette époque que Promotion-Logement crée les premiers logements adaptés comme alternatives aux milieux institutionnels, repris par la suite à travers les services de maintien à domicile des CLSC.

²⁶ Le CRE est désigné comme centre de réadaptation dédié à la clientèle ayant une déficience physique offrant les services externes (1983).

80, d'être desservies dans leur région plutôt que d'être contraintes pour y avoir accès, de se rendre dans les villes de Montréal ou Québec, seuls endroits où certains services spécialisés de réadaptation étaient alors disponibles²⁷.

C'est donc pour contribuer aux **Orientations ministérielles de 1995**, qui préconisaient la régionalisation des services, que l'Estrie allait successivement :

- préciser son modèle d'organisation régionale de services sous forme de « **continuum intégré de services en déficience physique** »²⁸ en clarifiant, notamment, les rôles et responsabilités dévolus aux divers acteurs impliqués et selon les paramètres indiqués par le MSSS;
- procéder, par la suite, à une analyse de situation portant sur la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des services requis et l'identification des lacunes existantes à l'époque; puis définir un **plan d'action régional en déficience physique**²⁹ à réaliser en vue d'améliorer ou développer, notamment : l'offre des services spécifiques et spécialisés offerts ou à offrir, des services de soutien à l'intégration sociale, des milieux de vie résidentiels substitués adaptés et intégrés dans la communauté ainsi que la recherche d'une continuité accrue entre les niveaux de services.

On est à même d'observer, par ailleurs, qu'au fil des trente dernières années, les divers acteurs concernés se sont appliqués avec l'appui de l'instance régionale, à développer par étapes, selon les possibilités budgétaires tantôt par allocations de développement, tantôt par conversion ou transfert de ressources, une gamme de services de base (avec l'implantation graduelle des CLSC dans les MRC du territoire) et des services spécialisés de réadaptation, (sur une base régionale, mais déconcentrés pour la plupart d'entre eux au plan local.)

Ainsi, en première ligne, il y a eu une décentralisation dans les territoires de MRC, au cours des années 1990, de certains programmes transférés de l'OPHQ vers les régions : mesures de soutien financier (allocations de répit et gardiennage) pour les familles, puis les programmes des services d'aides techniques aux AVQ/AVD, fournitures et équipement. Il n'y a toutefois pas eu création d'équipes spécifiques, mais plutôt le développement graduel d'une expertise basée sur la pratique chez le personnel d'intervention (infirmiers/ères, travailleurs sociaux, psychologues, organisateurs communautaires, auxiliaires familiales, médecins omnipraticiens) surtout dans le secteur du soutien à domicile et dans celui des services psychosociaux généraux (secteurs Jeunesse et Adultes). Cette décentralisation des services sur l'ensemble du territoire a permis de rapprocher ces services des utilisateurs.

À la fin de 2003, le MSSS diffusait un **plan national en déficience physique**³⁰ visant à apporter des « *précisions et ajustements* » pour assurer l'implantation des **orientations énoncées en 1995**. Divers constats étaient alors faits³¹, notamment :

- l'absence d'un plan national ou d'une stratégie de suivi;
- une *disparité dans l'organisation de services, conséquence d'un manque de balises structurelles* permettant une compréhension partagée des rôles et responsabilités de chacun des acteurs, de leur champ d'intervention respectif et du type de personnel requis;
- une « *hétérogénéité majeure des profils de besoins* », d'où la grande diversité de fournisseurs interpellés (établissements et organismes), ce qui entraîne souvent des insuffisances dans l'unité d'action et l'arrimage;
- le *peu de place accordée aux familles et aux proches-aidants* dans l'organisation des services;
- « *l'étanchéité* » entre les *Orientations du MSSS en déficience physique* » et celles d'autres programmes-services, ce qui rend difficile les arrimages interprogrammes, particulièrement pour des usagers dont le profil type ne correspond pas à l'un ou l'autre des programmes-services.

Plusieurs pistes de solutions et objectifs sont regroupés, dans ce même plan d'action, sous cinq grands thèmes pour lesquels divers travaux ont été entrepris, sous l'égide du MSSS :

- une offre des services suffisants et nécessaires qu'il s'agisse de prévention, de services de santé physique, de services spécialisés de réadaptation, de soutien à l'intégration sociale ou d'aides techniques;
- l'accessibilité aux services, c'est-à-dire l'accès aux programmes de prévention, aux services généraux (activités cliniques et d'aide et activités médicales), les services spécialisés de réadaptation, les services d'intégration sociale et au travail, l'accès à un milieu résidentiel substitut lorsque requis et aux aides techniques et fournitures;
- la qualité des interventions des divers acteurs du réseau de façon à ce que les interventions soient les mieux adaptées aux caractéristiques de la clientèle;
- les outils de gestion et, tout spécialement, les systèmes d'information;
- les clarifications des principales composantes du Programme en Déficience physique afin de développer une compréhension commune des termes utilisés (services courants de réadaptation et spécialisés de réadaptation, etc.).

²⁷ C'est le cas, notamment, pour les services d'audiologie et d'orthophonie, les services en déficience visuelle, en réadaptation fonctionnelle intensive, les programmes d'aides techniques spécialisées (RAMQ).

²⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Continuum intégré des services en déficience physique*, novembre 2000.

²⁹ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Plan d'action régional en déficience physique 2003-2006*, octobre 2003.

³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique - Objectifs 2004-2009*, Québec, 2003.

³¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Portrait de situation des orientations ministérielles 1995*, Québec 2002.

On sait toutefois que plusieurs paramètres ne seront disponibles qu’au terme de travaux, à l’échelle nationale, en cours de réalisation, entre autres, pour :

- l’offre des services généraux et les services spécialisés de réadaptation (une première phase d’étude permettra de définir une offre type de services pour quatre profils pilotes³²);
- l’accès aux services, par la détermination de normes scientifiques de temps d’attente maximums, par type de problématiques, tant pour les services généraux que pour les services spécialisés de réadaptation;
- la consolidation de mesures de soutien socioprofessionnel contribuant à l’accès au marché du travail;
- l’appui au développement de mesures permettant une participation à des activités qui favorisent le développement et l’épanouissement des personnes ayant une déficience physique;
- le développement d’une gamme variée et élargie de milieux résidentiels intégrés dans la communauté.

Bien que ces paramètres soient à venir, nous pouvons néanmoins, pour aller de l’avant en Estrie, nous appuyer :

- **d’une part, sur les précisions déjà apportées en 2000, portant sur le *continuum intégré de services en déficience physique*³³ et les acquis des multiples initiatives menées et résultats obtenus dans l’organisation de l’offre de service au fil des années;**
- **d’autre part, sur l’approche guidant l’élaboration des projets cliniques, fondée sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.**

Mise en garde : Il y a lieu de signaler que plusieurs des documents de référence couvrent un champ plus large en matière de services que le Programme-services Déficience physique, tel que défini dans le document sur l’architecture du réseau de santé et de services sociaux. En effet, certains éléments sont liés tantôt au Programme Services généraux (services médicaux et psychosociaux généraux), tantôt au Programme national de santé publique ou à la Politique de soutien à domicile³⁴. Nous prendrons soin de le signaler au passage.

3.2 Clientèle visée par le Programme-services Déficience physique

Le Programme-services **Déficience physique** offre, pour sa part, des services en première ligne et en deuxième ligne qui s’adressent à des clientèles particulières pour répondre à des profils de besoins souvent complexes et qui sont requis à moyen et à long terme.

Le document « **Objectifs 2004-2009** » présentait une mise à jour de la clientèle visée par le Programme-services :

*« Personnes, de tous âges dont la déficience d’un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d’entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l’audition, à la vision, au langage ou 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. »*³⁵

Ce programme-services s’adresse aussi à la famille, aux proches et à la communauté qui gravitent autour des personnes.

Mise en garde : Ne sont pas comprises dans ce programme, les personnes ayant une incapacité temporaire ou dont les conséquences pour leur fonctionnement sont légères ou comportent peu de limitations nuisant à la réalisation des activités courantes ou l’exercice de rôles sociaux. À signaler, toutefois, que ces personnes pourront utiliser des *services courants de réadaptation offerts dans le cadre du Programme Services généraux*.

Il y a lieu de mentionner certaines particularités par rapport à la définition précédente (celle de 1995) :

- il n’y a pas de restriction quant à l’âge des personnes; ainsi quel que soit l’âge de celle-ci, elle est susceptible de faire partie du programme en autant que « *sa situation correspond à l’ensemble des éléments de la définition* »³⁶;
- « *l’accent ne porte plus sur la nature de la déficience, mais plutôt sur les incapacités significatives et persistantes*³⁷ *qui peuvent en découler (...), c’est-à-dire les conséquences pour le fonctionnement des personnes qui font en sorte que celles-ci ont à recourir à divers services* ».

³² Les profils retenus dans cette première phase sont : dysphasie/enfants, déficience auditive/enfants, accident vasculaire cérébral (AVC)/adultes et déficience visuelle/aînés.

³³ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L’ESTRIE, *Continuum intégré des services en déficience physique*, novembre 2000.

³⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de soutien à domicile : Chez soi :, le premier choix*, Québec 2003 et *Précisions pour favoriser l’implantation de la politique de soutien à domicile*, MSSS, 2004.

³⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique 2004-2009*, Québec, 2003, p. 21.

³⁶ *Ibid*, p. 21. Voir annexe 1, pour une définition de chacun des termes.

³⁷ Annexe 2 – Petit lexique des critères de reconnaissance des déficiences physiques.

Mise en garde : Cette définition identifie la clientèle et décrit ses principales caractéristiques qui vont permettre de reconnaître les « personnes ayant une déficience physique ». Elle se différencie du « profil d'intervention », qui lui, correspond à un type d'offre de service en 1^{re} ligne, fondée sur les besoins particuliers de ces mêmes personnes. Tel que mentionné dans l'Architecture des services, certaines de ces personnes ayant une déficience physique pourront passer, durant leur vie, vers un autre profil d'intervention, par exemple celui du Programme-services Perte d'autonomie lié au vieillissement, en raison d'un changement survenu dans leur condition générale (aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé importants) qui vont commander un changement de l'offre de services destinés à répondre à des besoins différents.

3.3 La gamme des services en déficience physique telle que souhaitée par le MSSS

Certaines des activités de la gamme identifiées dans le document de travail du MSSS devraient être offertes à la population générale et correspondre à des activités comprises dans les Programmes-services Santé publique ou Services généraux. Les services spécifiques et les services spécialisés proposés sont, quant à eux, reliés directement à la problématique particulière de la clientèle, ciblée par le Programme-services Déficience physique, c'est-à-dire, des personnes ayant une déficience physique.

- **Les activités en déficience physique pour la population générale, réalisée dans le cadre du Programme-services Santé publique.**

Les activités régionales en santé publique s'inspirent principalement du Programme national de santé publique 2003-2012. À cet égard, il convient d'apporter les indications suivantes :

L'objectif relatif aux pratiques préventives efficaces se situe en amont de la détection précoce. Elle vise à empêcher l'apparition des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux et de leurs symptômes en intervenant sur certaines causes où il existe un risque de développer une déficience physique. Mentionnons : les anomalies congénitales (ex. : anomalies de fermeture du tube neural); les affections périnatales (syndrome d'alcoolisation fœtale, syndrome rubéole congénitale, prématurité, complications de grossesse, etc.); les conditions acquises (infections comme les méningites, encéphalites, traumatismes non intentionnels tels que trauma crânien, asphyxie, intoxication, etc.) et certaines conditions socio-environnementales.

De nombreuses activités préventives se réalisent déjà en Estrie. Certaines visent individuellement les personnes. Citons à titre d'exemples : le programme de prévention des chutes auprès des aînés ainsi que les pratiques cliniques préventives des médecins et autres professionnels de la santé telles que le counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes, le counselling sur les habitudes de vie, la promotion de la prise de supplément d'acide folique. D'autres interventions s'adressent à des groupes de personnes plus ciblés tels que les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs ainsi que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. À cela s'ajoutent de nombreuses activités s'adressant à toute la population et visant d'abord à agir sur les déterminants qui influencent la santé de façon à favoriser la santé et à diminuer le risque que se développe une déficience physique. Mentionnons les interventions en lien avec la promotion de saines habitudes de vie, le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, la santé en milieu de travail, la prévention des maladies infectieuses et des traumatismes non intentionnels ainsi que la santé environnementale. Toutes ces interventions sont détaillées dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 (PAR) de l'Estrie. Il apparaît primordial d'intensifier et d'intégrer ces interventions afin de prévenir la déficience physique.

Mise en garde : Le découpage ci-dessous (texte en italique) présente un **panier de services qui devraient être offerts** à des personnes ayant une déficience physique. Il s'agit de paramètres généraux élaborés par le MSSS³⁸ (dans un document de travail) destinée à guider les CSSS dans l'élaboration de leur offre de service dans le cadre du projet clinique pour cette clientèle. Il convient de rappeler que *tout programme comporte des services qui lui sont propres et des services qu'il partage avec d'autres programmes*.³⁹ Voilà pourquoi, nous avons apporté divers ajustements ou précisions à cette liste de référence, modelée à partir de l'architecture des services⁴⁰, en vue de ne pas créer de confusion avec d'autres programmes-services.

DESCRIPTION DES SERVICES DE 1^{RE} LIGNE

On distingue deux grands types de services : les services généraux et les services spécifiques⁴¹.

SERVICES GÉNÉRAUX⁴²

Dispensateurs : *CSSS, CHU, CHA, GMF, professionnels en clinique privée.*

- *Services médicaux (omnipraticien);*

³⁸ Service des personnes handicapées du MSSS, *Balises pour définir l'offre de service et le projet clinique pour la clientèle du Programme-services Déficience physique*, janvier 2006. Document de travail.

³⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 3.

⁴⁰ Le système québécois de santé et de services sociaux est divisé en neuf programmes-services qui servent de cadre aux orientations ministérielles et à l'organisation des services et seront le point de référence pour définir les contours financiers de chacun de ces programmes (Voir Architecture des services).

⁴¹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Programme Services généraux*, novembre 2005, p. 14.

⁴² Ces services s'adressent à la population générale incluant les personnes ayant une déficience physique et font partie du Programme Services généraux

- Services de soutien psychosocial et psychologique;
- Autres activités cliniques et d'aide (services infirmiers, inhalothérapie, nutrition, etc.);
- Services courants de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie) et réadaptation précoce;
- Stimulation globale précoce⁴³ (en lien avec le service intégré de périnatalité et petite enfance – SIPPE);
- Éducation et sensibilisation du grand public et de groupes cibles sur les facteurs de risque (voir promotion et prévention);
- Détection des signes précurseurs de problèmes pouvant entraîner des incapacités significatives et persistantes;
- Référence à des ressources communautaires d'information et d'entraide;
- Mesures de santé publique pour la population en général et les groupes plus vulnérables;
- Recherches sur les techniques de dépistage efficaces.

Porte d'entrée du réseau SSS, le Programme Services généraux – activités cliniques et d'aide⁴⁴ regroupe les services qui s'adressent à l'ensemble de la population, sont accessibles en proximité et sont le plus souvent offerts sous un mode individuel, pour répondre à des problèmes ponctuels et aigus. Dans les CSSS, les services Famille-Enfance-Jeunesse, les services généraux et les services courants ne s'occupent pas spécifiquement de problèmes résultant d'une déficience physique, mais doivent aussi desservir cette clientèle. Les intervenants qui y travaillent ont la responsabilité d'accueillir les personnes qui s'y présentent, de leur offrir un soutien et d'évaluer la situation décrite et d'apporter une réponse adéquate à l'intérieur de leurs services ou en orientant, s'il y a lieu, les personnes concernées vers des services plus appropriés.

SERVICES SPÉCIFIQUES (1^{RE} LIGNE) EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

Dispensateurs : CSSS, CHU, CHA, GMF, professionnels en clinique privée / CRDP en soutien; **collaborateurs :** entreprises d'économie sociale.

- Services diagnostiques (évaluation globale des déficiences, des incapacités et de leur impact possible, évaluation préliminaire du potentiel de réadaptation);
- Compensation des incapacités par l'attribution d'aides techniques simples et l'entraînement à celles-ci;
- Services d'aide et de soins à domicile;
- Mesures de soutien aux familles et aux proches dont : répit, gardiennage ou présence-surveillance;
- Soutien à l'intégration et au maintien en service de garde, en milieu scolaire et en milieu de travail;
- Élaboration et coordination du plan de services individualisé (PSI)⁴⁵;
- Information et références aux ressources de la communauté;
- Référence rapide à des services spécialisés;
- Mesures d'adaptation des services à la situation des personnes.

Services communautaires

Dispensateurs : Organismes communautaires, entreprises d'économie sociale; **collaborateurs :** CSSS et CRDP

- Activités communautaires;
- Parrainage et soutien civique;
- Défense des droits;
- Services d'aide et d'accompagnement;
- Ressources d'interprétariat;
- OBNL et organismes communautaires impliqués dans l'accès au logement adapté;
- Mesures favorisant l'accessibilité des lieux et des équipements collectifs;
- Entreprises d'économie sociale impliquées dans le maintien à domicile;
- OBNL et organismes communautaires impliqués dans les ressources résidentielles substituts ou alternatives (soutien communautaire au logement social);
- Organismes impliqués dans le secteur de l'intégration socioprofessionnelle;
- Mesures de participation sociale.

Ressources d'hébergement (institutionnelles et non institutionnelles)

Dans l'organisation actuelle de services en Estrie, le CRDP est le dispensateur régional pour la gestion administrative et professionnelle des ressources non institutionnelles (RTF et RI). En effet, le CRE avait été désigné comme établissement gestionnaire des RNI en déficience physique (mars 2001) conformément à la mise en application d'une orientation du « Continuum intégré des services en déficience physique ».

Les CSSS, en vertu de leur mission CHSLD, sont les dispensateurs pour l'hébergement de longue durée, incluant des personnes ayant une déficience physique lorsque requis. Le CRDP est en soutien aux CSSS pour ces usagers.

⁴³ Ce type de service vise des enfants qui n'ont pas une déficience reconnue.

⁴⁴ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Programme Services généraux*, novembre 2005.

⁴⁵ Généralement, les personnes ont besoin de services spécifiques de santé et de services sociaux et de services spécialisés de réadaptation à un moment donné de leur parcours telle qu'en témoigne la définition même de la clientèle : « Personnes, de tous âges dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou 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. » C'est donc le CSSS qui a la responsabilité de coordonner le PSI.

Des clarifications concernant le partage des responsabilités relatives aux RNI sont attendues du MSSS.

Il faut aussi souligner qu’une proportion importante des besoins en déficience physique se situe en interface avec d’autres programmes-services ou secteurs d’activités (intersectorialité). (voir plus loin à la section 3.4 Interfaces).

DESCRIPTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS (2^E LIGNE)

Les services spécialisés sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s’appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont généralement référées⁴⁶.

Services médicaux spécialisés⁴⁷

Dispensateurs : CHU

- *Diagnostic et traitement pour les personnes ayant des problèmes de santé ne pouvant être résolus en première ligne (exemple : traumatologie secondaire);*
- *Évaluation fonctionnelle des besoins et référence;*
- *Référence à des services surspécialisés si requis;*
- *Soutien auprès des intervenants de première ligne lorsque requis.*

Services spécialisés de réadaptation

Dispensateurs : CRDP

- *Évaluation globale des besoins, du potentiel de réadaptation et détermination du pronostic;*
- *Stimulation globale précoce*⁴⁸;
- *Réadaptation fonctionnelle intensive;*
- *Programmes spécialisés de réadaptation visant le développement de l’autonomie personnelle, résidentielle, sociale, scolaire et professionnelle;*
- *Soutien à l’intégration et à la participation sociale dans les différents milieux de vie et d’activités;*
- *Soutien aux familles et aux proches dans le cadre des activités de réadaptation spécialisée pouvant inclure le répit et le dépannage dans les situations complexes;*
- *Soutien et gestion de certains milieux résidentiels substituts (situations complexes ou besoins spécialisés);*
- *Compensation des incapacités par l’attribution d’aides techniques spécialisées et l’entraînement à celle-ci;*
- *Évaluation de la conduite automobile et adaptation de véhicules;*
- *Prévention des complications potentielles sur les plans physique, psychologique, social, économique et professionnel;*
- *Élaboration et coordination du plan de services individualisé*⁴⁹;
- *Soutien aux partenaires du réseau et à la collectivité;*
- *Référence à des services surspécialisés si requis.*

DESCRIPTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS (3^E LIGNE)

Définition : Les services surspécialisés sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services s’adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes dont la prévalence est très faible. Ils s’appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares⁵⁰.

Services surspécialisés de santé physique

Dispensateurs : CHU spécialement mandaté, CHA / collaboration CRDP

- *Diagnostic et traitement pour les personnes ayant des problèmes de santé très complexes ne pouvant être résolus en deuxième ligne (exemples : neurochirurgie, centres de grands brûlés, traumatologie tertiaire);*
- *Évaluation fonctionnelle des besoins et référence;*
- *Soutien aux intervenants de première et deuxième lignes lorsque requis;*
- *Soutien et monitoring des intervenants des établissements régionaux au moment du retour de la personne dans sa région;*
- *Veille scientifique et technologique;*

⁴⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L’architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 6.

⁴⁷ Ces services s’adressent à la population générale incluant les personnes ayant une déficience physique et font partie du Programme-services Santé physique.

⁴⁸ Ce type de service vise des enfants qui ont une déficience dûment reconnue.

⁴⁹ Exceptionnellement, des personnes peuvent nécessiter à des moments de leur vie et de manière exclusive des services spécialisés de réadaptation en lien avec plusieurs problématiques (DP, DI, santé mentale, jeunesse, etc.). Dans ces situations exceptionnelles, il revient au CRDP de coordonner le PSI.

⁵⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L’architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 6.

- Diffusion des connaissances.

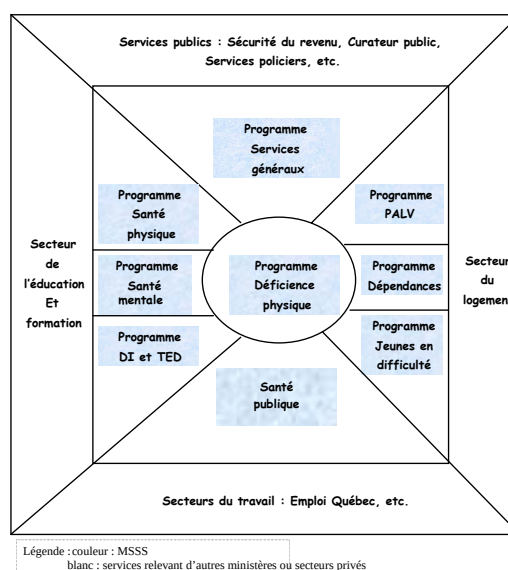
Services surspécialisés de réadaptation

Dispensateurs : CRDP spécifiquement mandatés / collaboration CHU, CHA

- Services surspécialisés de réadaptation et d'intégration sociale offerts en concertation avec l'établissement de réadaptation de la région de résidence de l'utilisateur;
- Soutien aux intervenants de première et deuxième lignes lorsque requis;
- Soutien aux intervenants et monitoring des interventions des établissements régionaux au moment du retour de la personne dans sa région;
- Veille scientifique et technologique;
- Diffusion des connaissances.

3.4 Les interfaces avec les autres programmes-services et secteurs d'activités

Au carrefour du psychosocial et du médical, de l'institutionnel et du communautaire, de la réadaptation et de l'intégration, le Programme-services Déficience physique présente des interfaces de dimension variable avec tous les autres programmes-services du réseau SSS et avec le champ d'action de plusieurs partenaires communautaires et intersectoriels. C'est dans ces interfaces que la notion de programme-services⁵¹ (vs l'ancienne appellation de programme-clientèle) prend tout son sens en considérant « *non pas des personnes que l'on veut classer dans les programmes, mais plutôt un ensemble de services pour répondre à un besoin. Ainsi, une personne peut avoir recours à plus d'un programme-services* ». Un des principaux enjeux dans l'élaboration des projets cliniques sera de mettre en place les mécanismes pour assurer la coordination, la continuité et la cohérence interprogrammes pour répondre aux besoins souvent multiples de la personne et qui peuvent varier dans le temps. Le schéma présenté illustre plusieurs des relations entre le Programme-services Déficience physique et les autres programmes-services du réseau SSS :



- **Programmes Services généraux et Santé publique :** l'interface entre le Programme-services Déficience physique et ces deux programmes s'adressant à la population générale a été décrite de façon sommaire précédemment (pour les services généraux, un portrait plus détaillé est présenté en 4.2 sous l'angle de la consommation des services).
- **Programme Santé physique :** les personnes atteintes de maladies physiques graves ou chroniques et les personnes victimes de traumatismes hospitalisées se retrouvent, le plus souvent, à un moment ou à un autre, dans ce programme-services qui constitue un incontournable; l'existence de problèmes concomitants commandent un accès bidirectionnel aux services médicaux spécialisés via, notamment, des mécanismes de consultation-liaison et des ententes pour des suivis conjoints.
- **Programme Déficience intellectuelle–Troubles envahissants du développement :** là encore, il existe une importante comorbidité entre la clientèle de ce programme et celle en déficience physique, un nombre significatif de personnes ayant une multidéficience, tant au niveau des jeunes que des adultes, rendant ainsi nécessaire le recours à des mécanismes de collaboration et d'interventions concertés; il en va de même pour les enfants avec des retards importants de développement, mais sans diagnostic.
- **Programme Jeunes en difficulté :** ce programme a une interface avec les services en déficience physique destinés aux jeunes handicapés de moins de 18 ans, notamment, dans des cas de situations de négligence et, pour certains, lorsqu'une orientation dans un milieu de vie substitut adapté s'avère souhaitable.
- **Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) :** le vieillissement accéléré de la population représente un défi majeur pour les services de santé; les services en déficience physique n'y font pas exception et doivent pouvoir répondre aux besoins de ces personnes en raison de l'incidence croissante des incapacités physiques (motrices ou sensorielles) avec l'avancée en âge.
- **Programme Santé mentale :** un certain nombre de personnes ayant une déficience physique vont requérir des services relevant du Programme Santé mentale, que ces problèmes soient antérieurs à l'apparition d'une incapacité physique significative et persistante, concomitants ou une conséquence de celle-ci; la présence de cette double problématique pourra commander un maillage approprié;

⁵¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, L'Architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes soutien, janvier 2004, p. 2.

- **Programme Dépendances** : comme n’importe qui d’autre, une personne ayant une déficience physique peut être confrontée à des problèmes d’abus de substances et autres dépendances; cela implique que ces deux domaines doivent collaborer sur une base ponctuelle.
- **Autres secteurs d’activité**. De plus, le réseau de la santé et des services sociaux ne peut répondre à lui seul aux besoins diversifiés que présentent les personnes ayant une déficience physique et doit donc créer des alliances avec ses partenaires pour en arriver, en concertation, à une utilisation judicieuse des ressources de chacun. Les personnes ayant une déficience physique, surtout lorsque les incapacités sont importantes, peuvent avoir des besoins dans le domaine du logement social, de la réinsertion au travail ou aux études, de l’intégration sociale et communautaire, ce qui nécessite des collaborations avec les services publics ou non gouvernementaux concernés.

Tel qu’illustré dans le même schéma, le Programme-services Déficience physique, dans sa dimension intersectorielle, appelle donc une contribution des partenaires suivants :

- les organismes communautaires, particulièrement (mais non exclusivement) ceux dédiés à la déficience physique;
- le secteur de l’éducation pour l’intégration scolaire des jeunes et une planification concertée de l’aide requise à cette fin; l’accès à la formation professionnelle chez les adultes;
- le secteur des municipalités, notamment en regard des loisirs et du logement social – centres communautaires et Office municipale d’habitation (OMH);
- le secteur de soutien du revenu et de l’emploi pour l’intégration au travail;
- le secteur du transport adapté (OBNL et Société de transport municipal) pour ce type de service.

4. ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE

Le présent état de situation a été élaboré à partir de différentes sources d’information :

- La prévalence et l’évolution démographique de la population des personnes ayant une déficience physique transposée pour l’Estrie et ses sept réseaux locaux;
- L’examen des données disponibles sur l’utilisation de services de première et deuxième lignes destinés à cette clientèle dans le cadre du Programme-services;
- L’examen des ressources consenties à la déficience physique en Estrie;
- L’examen d’un bilan sommaire des résultats obtenus dans le cadre du Plan d’action régionale en déficience physique 2003-2006;

4.1 Prévalence estimée (2006-2011) des personnes ayant une déficience physique en Estrie

Nous ne disposons que de données estimatives. Celles-ci sont bien sûr imparfaites, mais peuvent être utilisées à **titre indicatif** afin de permettre aux CSSS et aux établissements offrant des services spécialisés de prendre la mesure de la clientèle potentielle à desservir.

Ces données sont calculées à partir des projections démographiques du MSSS pour l’Estrie et des taux de prévalence québécois de **l’Enquête sur la participation et les limitations d’activités 2001 (EPLA)** de Statistique Canada. Ce choix est fondé sur les raisons suivantes⁵² :

- il s’agit en regard de l’incapacité des taux de prévalence disponibles les plus récentes (année 2001);
- ces taux nous sont apparus comme les plus valides en regard du concept d’incapacité, étant donné que l’EPLA s’appuie, pour définir ce concept, sur le dernier cadre de référence retenu par l’Organisation mondiale de la santé, soit la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Ce cadre de référence, contrairement à celui utilisé dans les enquêtes précédentes sur l’incapacité (ex. : Enquête québécoise sur les limitations d’activité 1998 – EQLA) conçoit l’incapacité davantage dans une perspective fonctionnelle **qui tient compte des facteurs de l’environnement**. Selon ce cadre théorique, les personnes ayant des incapacités (personnes handicapées) sont celles qui affirment avoir de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne ou qui signalent qu’un trouble physique ou psychique ou un problème de santé les restreint dans leurs activités⁵³.

Nous présentons ci-dessous, dans le **tableau 2**, le nombre de personnes avec incapacité selon les types d’incapacité et le groupe d’âge. Ces données estimatives sont disponibles par territoire de CSSS (voir **annexe 4**), le document intitulé *Prévalence de la déficience physique en Estrie*).

⁵² Source : CARBONNEAU, M. (2006). *Prévalence de la déficience physique en Estrie*, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie.

⁵³ BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L’incapacité et les limitations d’activités au Québec. Un portrait statistique à partir des données de l’Enquête sur la participation et les limitations d’activités 2001 (EPLA)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 156.

Tableau 2
Nombre estimé de personnes en ménage privé⁵⁴ ayant
une incapacité selon le type d’incapacité et le groupe d’âge,
Estrie 2006

Type d'incapacité	0-17 ans	18-64 ans	65 ans et +	total
Auditive	122	3 118	3 788	7 028
Visuelle	122	2 534	2 667	5 322
Motrice	5 à 17 ans ⁵⁵			
- liée à mobilité	138	8 965	8 581	17 685
- lié à agilité	323	8 185	8 118	16 626
Parole	5 à 17 ans ⁵⁶			
	536	1 754	1 198	3 489

Source : CARBONNEAU, M. (2006). *Prévalence de la déficience physique en Estrie*, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie.
Note : Une même personne peu avoir plus d’un type d’incapacité.

Tableau 3
Nombre estimé de personnes en ménage privé ayant
une incapacité modérée à très grave selon le groupe d’âge,
Estrie, 2006 et 2011

Groupe d’âge	2006		2011		Variation 2006-2011	
	N	%	N	%	N	%
0-17 ans	952	5,5 %	901	4,8 %	- 51	- 5,4 %
18-64 ans	9253	53,5 %	9427	50,6 %	+ 174	+ 1,9 %
65 ans et plus	7085	41,0 %	8298	44,6 %	+ 1213	+ 17,1 %
Total	17290	100,0 %	18626	100,0 %	+ 1336	+7,7 %

Source : CARBONNEAU, M. (2006). *Prévalence de la déficience physique en Estrie*, Direction de santé publique et de l’évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie.

En Estrie, entre 2006 et 2011, le **tableau 3** nous indique que c’est le groupe de personnes avec une incapacité physique âgées de 65 ans ou plus qui connaîtra la plus grande croissance avec une augmentation de 17 % du nombre de personnes, tandis que la cohorte des 18-64 ans connaîtra une faible hausse de 1,9 %. Du côté des moins de 18 ans, on notera une décroissance de 5,4 %.

En présumant que n’interviendront pas d’autres facteurs, la demande générale de services en déficience physique devrait suivre approximativement ces changements de population avec incapacité modérée à très grave : augmentation notable de la clientèle des aînés ayant une déficience physique, diminution présumée de la clientèle des moins de 18 ans. Malgré l’augmentation prévisible de la cohorte des aînés, il y a lieu de rappeler le fait que les cohortes plus jeunes (0-17 ans et 18-64 ans) continueront à représenter plus de la moitié des usagers potentiels qui requièrent généralement un niveau et une intensité de services plus élevés pour soutenir leur intégration sur tous les plans et leur participation sociale.

Il faudra aussi demeurer attentif à moyen et long terme, à l’émergence de certains problèmes, notamment : l’augmentation du taux de prématurité (de 5,9 % en 1989 à 7,9 % en 2004)^{57 58} qui peut être une cause directe d’affections sévères chez les jeunes enfants; la croissance dans certains groupes d’âge, des traumatismes non intentionnels qu’il s’agisse des accidents routiers, des chutes, des traumatismes récréatifs et sportifs.

Il est aussi souhaité par l’ensemble des partenaires que le réseau de la santé et des services sociaux puisse éventuellement avoir à sa disposition des données plus précises. À titre d’exemple, en matière de données populationnelles, il serait fort utile qu’une enquête comme l’EPLA puisse fournir des taux de prévalence par région sociosanitaire plutôt que seulement pour l’ensemble du Québec et ce, pour tenir davantage compte de particularités régionales qui peuvent avoir une incidence sur les taux de prévalence.

4.2 Données d’utilisation des services par les personnes ayant une déficience physique

Dans cette section, nous faisons un examen de la consommation des services par les personnes ayant une déficience physique au cours de l’année 2005-2006.

⁵⁴ Sont inclus les personnes en ménage privé, mais aussi en **ménage collectif** non institutionnel.

⁵⁵ Note : EPLA n’a pas mesuré cette prévalence chez les moins de 5 ans.

⁵⁶ Note : EPLA n’a pas mesuré cette prévalence chez les moins de 5 ans.

⁵⁷ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L’ESTRIE, *Plan d’action régional de santé publique de l’Estrie 2004-2007*, p. 19.

⁵⁸ Système intégré d’information de santé publique en Estrie (SIISPE).

Un effort particulier a été fait pour dresser un tableau aussi complet que possible de la consommation de services en fonction de l’offre existante tant en première ligne que pour les services spécialisés dans le cadre de ce programme-services et ce, afin de disposer d’une vue d’ensemble des services rendus aux personnes ayant une déficience physique. Bien sûr, certaines limites nous sont imposées par les sources de données disponibles et parfois par leur degré variable de fiabilité ou de précision. Quoi qu’il en soit, nous estimons que l’état de situation présenté donne un aperçu assez complet de la consommation actuelle de services par les personnes ayant une déficience physique.

Services de première ligne

« Les services de première ligne sont un ensemble de services de nature préventive, curative, de réadaptation, palliative ou de soins de fin de vie et de soutien qui s’appuient sur une infrastructure légère, des compétences professionnelles générales et diversifiées ainsi que des techniques courantes d’intervention. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux ou de santé courants vécus par l’ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières⁵⁹. »

Pour les fins de présentation des données, nous ferons un survol rapide de celles portant sur les **services généraux**, puis nous ferons état dans le **tableau 4** de la page suivante, de celles se rapportant aux **services spécifiques**.

Services généraux

« Les services généraux s’adressent à toute la population et sont la principale entrée dans le système de santé et des services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d’amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent être de nature aiguë et réversible. Ils incluent des activités de santé publique qui s’inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d’aide ainsi que des activités médicales⁶⁰. »

Nous avons tenté de prendre une mesure de l’utilisation des services généraux par **les personnes ayant le profil d’intervention en déficience physique** (Profil 210)⁶¹. Toutefois, comme on doit attribuer à une personne qu’un seul « profil d’intervention », nous avons obtenu un résultat partiel du niveau réel de leur consommation pour ce type de services. Nous avons retenu tous les **centres d’activités** dans lesquels des usagers avec un profil 210 avaient reçu des services durant la période considérée. Les centres d’activités ainsi répertoriés étaient les suivants : activités médicales, services de santé courants, santé parentale et infantile, services psychosociaux, prévention et protection de la santé publique, services sociaux scolaires, santé scolaire, nutrition, service d’éducation familiale et sociale⁶². À signaler que les services reçus en clinique privée ou en GMF ne sont pas comptabilisés.

Constats sur la consommation à l’échelle régionale des services généraux

On peut noter que le nombre d’usagers desservis qui s’y retrouvent avec un profil d’intervention 210 est relativement peu élevé comme cela était prévisible. En effet, les données du tableau nous indiquent que des services généraux ont été dispensés à près de 230 usagers différents avec un profil d’intervention 210. Ces usagers étaient en majorité âgés de moins de 18 ans (50 %); on les retrouve dans une proportion de 80 % dans le centre d’activités « service d’éducation familiale et sociale »; le nombre d’interventions y étant concentrées dans la même proportion.

Les usagers âgés entre 18-64 ans représentaient, quant à eux, 41 % des usagers desservis avec le même profil d’intervention (210) et ce, principalement dans les services de santé courants, les services psychosociaux autres que SAD et les services d’éducation familiale et sociale. Les 65 ans et plus ayant reçu des services représentaient sept usagers pour 2 % des interventions essentiellement pour des activités médicales ou des services de santé courant.

Services spécifiques (voir tableau 4)

« Certaines clientèles particulières nécessitent (c’est le cas pour les personnes ayant une déficience physique), en plus des services généraux, des services spécifiques pour répondre à leurs besoins ». Ces services s’adressent à des **clientèles vulnérables**. Ils répondent à un besoin de maintien ou d’amélioration de la santé des clientèles vulnérables par des actions concernant précisément ces personnes et leurs proches ou aux besoins souvent complexes, interreliés et concomitants. Les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, la plupart du temps, conformément à un plan de services individualisés, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue et souvent intensive, des services qui leurs sont propres⁶³ (...).

Les divers services rendus ont été regroupés par **centre d’activités** correspondant à la définition ci-dessus. Entre autres : l’ensemble des services de soutien à domicile (soins et services professionnels offerts à domicile, services d’aide à domicile) qui constituent un des indicateurs nationaux retenus pour le suivi de gestion concernant les personnes ayant une déficience physique de même que la mesure de soutien aux familles par allocation directe pour le répit-gardiennage⁶⁴.

⁵⁹ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Programme Services généraux- Estrie 2005-2010*, Sherbrooke, novembre 2005, p. 14.

⁶⁰ *Ibid.* p. 14.

⁶¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Configuration des programmes-services au 1^{er} avril 2004. Le **profil d’intervention 210** correspond à l’offre des services visant à répondre aux besoins de ces personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante, ainsi qu’à leur entourage.

⁶² Voir l’annexe 5 pour une description sommaire de chaque centre d’activités.

⁶³ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Programme Services généraux- Estrie 2005-2010*, Sherbrooke, novembre 2005, p. 15.

⁶⁴ Voir l’annexe 5 pour une description sommaire de chaque centre d’activités.

Y ont été ajoutées d'autres données en matière de soutien financier : les **allocations directes** (dont la modalité du chèque emploi/service) et l'aide financière pour le **transport/hébergement**. Enfin, nous avons aussi inclus les programmes dédiés aux personnes ayant une déficience physique de support technique à domicile : Programme d'aides aux activités de vie quotidienne (AVQ) et aux activités de vie domestique (AVD); Programme d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile; Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination.

Constats sur la consommation à l'échelle régionale des services spécifiques

- Les personnes avec un **profil d'intervention 210** représentaient près de **11 %** (1 299 usagers différents) de la clientèle ayant reçu des services de soutien à domicile (SAD) en 2005-2006; par ailleurs, elles ont bénéficié de **18,6 %** (50 645) du total des interventions réalisées (271 751) au cours de l'année 2005-2006, pour un nombre moyen d'interventions de 38,8 par usager. La répartition par groupes d'âge des interventions parmi les usagers avec profil 210 était la suivante :
 - 0-17 ans : 1 527 interventions ou 3 % du total des interventions⁶⁵;
 - 18-64 ans : 41 360 interventions ou 81 % du total des interventions (dont 72 % pour l'aide à domicile, 14 % les soins infirmiers, 8 % les services psychosociaux, 4 % les services d'ergothérapie);
 - 65 ans et plus : 7 758 interventions ou 15 % du total des interventions.
- Il n'est pas possible à l'heure actuelle de quantifier le nombre de personnes et la durée moyenne d'attente, et donc, de documenter cet aspect, faute d'éléments normatifs reconnus et en application dans l'ensemble des CSSS.
- Les données disponibles nous indiquent qu'il y a des difficultés récurrentes en ce qui touche tant l'offre que l'accès aux allocations directes (sous la forme du chèque emploi/service) qui constitue, par ailleurs, une mesure essentielle au soutien à domicile (108 personnes (DP, DI, TED) en attente par rapport à 426 (DP) desservies au 31/03/06).
- Une augmentation significative des usagers ayant une déficience qui ont recours aux programmes d'aides techniques et du nombre d'entre elles qui sont en attente pour un équipement ou des fournitures (249 personnes en attente par rapport à 787 desservies au 31/03/06).

Activités des organismes communautaires

Outre les services offerts par les CSSS, il importe de faire état des activités offertes par les organismes communautaires : ceux dédiés aux personnes ayant une déficience physique (aide et entraide, milieux de vie et soutien dans la communauté, hébergement communautaire); ceux qui sans être dédiés à cette clientèle, lui rendent certains services (maintien à domicile tels popote roulante, accompagnement/transport); ceux qui s'adressent à l'ensemble des personnes handicapées de leur territoire et leur offrent une variété d'activités sociales, culturelles et récréatives; ceux, enfin, qui veillent à la promotion et à la défense de leurs droits. Cependant, les données disponibles sur le nombre de personnes rejointes sont partielles et plus ou moins précises, lorsque plus d'une clientèle est visée par un organisme.

Le **tableau 5** donne un aperçu abrégé du nombre d'organismes communautaires impliqués et du type de contributions apportées à l'égard des personnes ayant une déficience physique.

Il est aussi important de rappeler la dynamique propre qui anime « *les organismes communautaires qui doivent être considérés comme des lieux d'exercice de la citoyenneté, nés de l'identification de besoins par un milieu donné et constitués de l'initiative des gens de ce milieu. Le gouvernement du Québec reconnaît cette dynamique sociale et s'engage à : Assurer le respect de l'autonomie des organismes communautaires à déterminer leur mission, leurs orientations, leurs modes et approches d'intervention ainsi que leurs modes de gestion* ». ⁶⁶

Constats sur les activités offertes

- Le membership des organismes dédiés est constitué de personnes ayant une déficience physique et de leurs proches (parents s'il s'agit d'enfants). Dès lors, ils sont en mesure de refléter les situations vécues et les besoins de leurs membres.
- Ces organismes, selon leur mission, apportent des contributions très significatives pour l'intégration sociale de leurs membres ayant une déficience physique de même qu'un soutien à leurs proches (par exemple : aux parents d'enfants).
- Les organismes impliqués dans le maintien à domicile apportent des contributions d'appoint importantes et complémentaires au réseau de la santé et des services sociaux.

⁶⁵ On peut noter la faible proportion d'interventions consacrées aux enfants ayant une déficience physique et à leurs parents. Quelles sont les raisons pouvant l'expliquer? Une faible demande de la part des familles? Des pratiques ou des normes d'application qui excluent d'emblée une telle offre de service?

⁶⁶ Secrétariat à l'Action Communautaire Autonome, *Politique gouvernementale « L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec »*, septembre 2001, p. 17.

Tableau 4
GAMME DE SERVICES CSSS – PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE – ESTRIE

S E R V I C E S P E C I F I Q U E S	Gamme de services	Centre d'activité (C/A)*	Consommation de services en 1 ^{re} ligne ⁶⁷ (profil d'intervention 210) – DONNÉES RÉGIONALES –		Nombre de personnes en attente d'un service (au 31-03-2006) ⁶⁸	Commentaires
	SERVICES DE 1 ^{RE} LIGNE EN CSSS		Nombre d'usagers desservis en 2005-2006	Interventions 2005-2006 ⁶⁹		
			Sous-total	Total	Moyenne par usager	
						(ND = non disponible)
	SOUTIEN À DOMICILE ⁷⁰					En l'absence d'un cadre normalisé sur les personnes en attente de services , il n'est pas possible à l'heure actuelle de présenter des statistiques fiables sur cet aspect.
	Soins infirmiers	6173	438	6 603	15,08	
	Inhalothérapie	6351	183	823	4,50	
	Aide à domicile	6530	233	35 704	153,24	
	Services psychosociaux	6561	630	4 649	7,38	
	Nutrition à domicile	7111	20	38	1,90	
	Ergothérapie	7161	474	2 027	4,28	
	Physiothérapie	7162	118	801	6,79	
	Total usagers différents :		1 299	50 645	38,99	
	MESURES DE SOUTIEN FINANCIER					Il y a un faible roulement de la clientèle et des délais prolongés pour les personnes en attente.
	Allocations directes ⁷¹	6530	426	–	–	
	Allocations – Soutien/famille ⁷³	7081	290	60 461 hres	240,44 hres	
	Allocations - Transport ⁷⁴	7391	150	–	–	
	Total usagers :		866		123	
	AIDES TECHNIQUES ET FOURNITURES					Diminution de 14 % des usagers desservis par rapport à 2004-2005, mais accroissement très significatif du nombre de personnes en attente (128 vs 36).
	Aides aux AVQ / AVD ⁷⁶		297	–	–	
	Équipement / oxygéno-thérapie ⁷⁷		250	–	–	
	Programme Fonctions élimination ⁷⁸		240	–	–	Augmentation de 13 % des personnes desservies par rapport à 2004-2005. Accroissement du nombre d'usagers en attente (67 au 31-03-2006 vs 25 au 31-03-2005).
	Total usagers :		787		249	

* Voir **annexe 5** pour une description de chaque centre d'activités.

⁶⁷ Source : I-CLSC 2005-2006 (RAMQ)

⁶⁸ Il s'agit d'usagers en attente d'équipement ou de fournitures. Une personne en attente peut être comptée plus d'une fois.

⁶⁹ Les interventions relatives aux évaluations pour des attributions d'équipement ou de fournitures ou des entraînements sont comptabilisées dans des centres d'activités du soutien à domicile.

⁷⁰ Source : GESTRED, Indicateurs nationaux 1.4.1 et 1.4.2. - Année 2005-2006, Période 13.

⁷¹ Source : Sommaire annuel produit par CSSS - Année 2005-2006.

⁷² Inclus les personnes ayant une déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement.

⁷³ Source : GESTRED, Indicateur national 1.4.3 - Année 2005-2006. Pour les personnes en attente, la source est l'indicateur régional R. 1.4.1. - Année 2005-2006, Période 13.

⁷⁴ Source : Sommaire annuel produit par CSSS - Année 2005-2006.

⁷⁵ Inclus toutes les clientèles admissibles à ce programme dont les autres personnes handicapées et les personnes hémodyalisées.

⁷⁶ Source : Sommaire annuel produit par CSSS - Année 2005-2006.

⁷⁷ Source : Sommaire annuel produit par CSSS - Année 2005-2006.

⁷⁸ Source : Sommaire annuel produit par CSSS - Année 2005-2006.

Tableau 5
CONTRIBUTIONS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ESTRIE
AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

NOM DES ORGANISMES	Territoire	Catégorie ⁷⁹	Nombre de personnes rejointes ⁸⁰	Description sommaire de la nature des activités ou services offerts
Organismes dédiés en déficience physique				
Association de la sclérose en plaques de l’Estrie inc.	Régional	3	411	Conférences, journal, activités socioculturelles et récréatives, atelier et groupe de soutien.
Association de spina-bifida et d’hydrocéphalie de l’Estrie inc.	Régional	1	95	Promotion, concertation.
Association des accidentés cérébro-vasculaires ou trauma crâniens de l’Estrie (ACTE)	Régional	3	221	Référence, activités de jour, soutien individuel et de groupe.
Association des sourds de l’Estrie inc.	Régional	1	150	Cours LSQ, Café internet, activités sociales et culturelles.
Association du Québecc pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05) inc.	Régional	1	90	Centre de documentation, activités de loisir, activités de sensibilisation.
Association québécoise pour les enfants atteints d’audi-mutité, chap. Estrie	Régional	3	236	Camps de fin de semaine, camps de jour estival, activités récréatives, rencontre de parents.
Service d’interprétation pour personnes sourdes de l’Estrie	Régional	1	62	Service d’interprétariat pour les usagers de services.
Organismes de maintien à domicile				
Aide communautaire de Lennoxville et des environs Sherbrooke	Partie de Sherbrooke	3	16	Accompagnement/transport, popote roulante, visites amicales.
Alliance sherbrookoise pour l’autonomie à domicile (dédiée aux personnes ayant une déficience physique)	Sherbrooke	3	350	Accompagnement, visites amicales, support aux auto-gestionnaires, défense des droits, recrutement et formation de bénévoles et autogestionnaires.
Réseau d’amis de Sherbrooke et des environs (Le)	Sherbrooke	3	ND	Accompagnement/transport, visites et téléphones, groupe de support des aidants.
Sercovie inc.	Sherbrooke	3	89	Popote roulante (services de repas livrés à domicile).
Centre d’action bénévole (volet : services aux individus/maintien à domicile)				
Carrefour du partage de Magog – Centre d’action bénévole inc.	Partie de MRC Memphrémagog	3	ND	Accompagnement/transport, popote roulante (repas chauds livrés à domicile), visites amicales, téléphones sécurisants, repas communautaires, activités spéciales, etc.
Centre d’action bénévole de la MRC de Coaticook	MRC de Coaticook	3	ND	
Centre d’action bénévole de Windsor	Partie de MRC du Val-St-François	3	ND	
Centre d’action bénévole du Granit	MRC du Granit	3	ND	
Centre d’action bénévole du Haut-St-François	MRC du Haut-St-François	3	ND	
Centre d’action bénévole R.H. Rediker	Partie de MRC Memphrémagog	3	ND	
Centre d’action bénévole Valcourt et région	Partie de MRC du Val-St-François	3	ND	
Centre d’action bénévole de Richmond	Partie de MRC du Val-St-François	3	ND	
Maison de l’action bénévole de l’Or blanc inc.	MRC des Sources	3	ND	
Parrainage civique de l’Estrie inc.	Partie de MRC Memphrémagog	3	ND	
Organismes dédiés aux personnes handicapées				
Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-Saint-François	MRC du Haut-St-François	3	44	Activités de loisirs.
Association des personnes handicapées de la MRC de Coaticook	MRC de Coaticook			
Maison Caméléon de l’Estrie inc.	Régionale	4	ND	Répit-dépannage, camps de jour
Soupapes de la bonne humeur inc.	MRC du Granit	3	ND	Camps de fin de semaine, activités de loisirs
Promotion et défense des droits				
Action Handicap Estrie	Régional			Fédération d’organismes regroupant des personnes handicapées
Association des personnes handicapées visuelles de l’Estrie	Régional			
Conseil des aveugles de Memphrémagog	MRC de Memphrémagog			
Han-Droits	MRC de Memphrémagog			
Promotion-handicap Sherbrooke inc.	Sherbrooke			
Regroupement des usagers du transport adapté de Sherbrooke métropolitain	Sherbrooke			

⁷⁹ Catégorie correspond au type d’organismes suivants : 1 = aide et entraide; 2 = organisme de sensibilisation de promotion et de défense des droits; 3 = milieux de vie et soutien dans la communauté; 4 = organismes d’hébergement.

⁸⁰ Source : Dernier rapport d’activités de l’organisme. Le nombre correspond aux personnes ayant une déficience physique et de leur entourage (parents, aidants naturels) rejointes à travers les activités de l’organisme.

Services de deuxième ligne

Ces services sont organisés sur une base régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées.⁸¹

Les services d'adaptation et de réadaptation consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie et visent le développement ou la récupération par la personne d'un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle dans différentes dimensions de sa vie. Le concept d'autonomie fonctionnelle recouvre donc ceux d'autonomie personnelle, d'autonomie sociorésidentielle, et d'autonomie sociale et professionnelle.⁸²

Les tableaux **6a** et **6b** des pages suivantes présentent un portrait d'ensemble de ces services et de leur utilisation en 2005-2006. Pour faciliter la compréhension du lecteur, voici quelques rappels en lien avec le partage des rôles et responsabilités tel que défini dans le *Continuum de services intégrés en déficience physique* :

Centre de réadaptation Estrie

Nous retrouvons l'ensemble des services spécialisés de réadaptation dispensés par le Centre de réadaptation Estrie qui s'adressent à diverses catégories de personnes handicapées :

- les personnes ayant une déficience motrice;
- les personnes ayant une déficience visuelle;
- les personnes ayant une déficience auditive;
- les personnes ayant une déficience du langage ou de la communication.

Cet établissement assume, en outre, la gestion d'un ensemble de programmes d'aides techniques spécialisées pour chacune de ces clientèles, au titre de mandataire de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou d'autres programmes relevant du MSSS (dont celui des chaussures orthétiques); à titre de centre de réadaptation régional, il est aussi appelé à recevoir, évaluer et recommander les attributions d'aides dont le programme est confié à un mandataire national (appareils de locomotion tels triporteur). Il faut encore mentionner les divers services de soutien à l'intégration socioprofessionnelle, sociocommunautaire de même que la gestion de milieux résidentiels non institutionnels spécialisés et celle du mécanisme d'accès à ces ressources.

Centre de santé et services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Cet établissement assume un mandat régional spécifique en matière de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) pour les personnes âgées de 65 ans et plus (à l'exclusion des accidentés de la route et des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral). À cette fin, il dispose de vingt-quatre lits dans ses installations.⁸³ De plus, cet établissement assume une mission régionale d'hébergement et de soins de longue durée pour des personnes ayant une déficience physique très sévère.

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Il assure les services de santé physique à la population incluant la clientèle des personnes ayant une déficience physique. On y retrouve à la fois : des **services généraux**, en vertu de son rôle local⁸⁴, notamment : des services d'évaluation diagnostique et de référence; des soins médicaux et infirmiers pour la clientèle ambulatoire; **des services spécialisés en santé physique en vertu de son rôle régional et suprarégional** : d'évaluation et diagnostic⁸⁵, de traitement en soins aigus et en réadaptation précoce en lits de courte durée et de suivi post-chirurgie ou de santé nécessitant une expertise spécifique médicale ou paramédicale et un suivi par les spécialistes du CHUS (ex. : chirurgie de la main, prothèse de genou, maux de dos aigus et subaigus). Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke participe à l'élaboration de protocoles d'entente en matière de corridors de services, de mécanismes de liaison et de référence ou de toutes autres modalités nécessaires afin d'assurer un continuum intégré de services en déficience physique, en collaboration avec le Centre de réadaptation Estrie.

Constats sur la consommation des services spécialisés

Notre région dispose d'une gamme assez complète de services spécialisés d'adaptation/réadaptation. Les usagers qui doivent aller en dehors de la région constituent l'exception, et y vont essentiellement pour obtenir des services surspécialisés.

Les difficultés majeures se situent principalement au niveau de l'accessibilité. À cet égard, on observe :

- des goulots d'étranglement pour l'accès à des services spécialisés, tout particulièrement chez les jeunes de 0-18 ans ayant une déficience motrice ou une déficience du langage; pareille situation occasionne des débordements du côté de la première ligne et des conséquences préjudiciables pour l'utilisateur et sa famille (risque de déformation, douleurs limitant les activités, maintien ou intégration en garderie ou à l'école compromis, accroissement des retards de développement, détresse psychologique chez les parents);

⁸¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 6.

⁸² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté*, 1995, p. 43.

⁸³ Le CRE dispose de 12 lits en RFI.

⁸⁴ Rôle local du CHUS pour les populations des MRC de Coaticook, du Val-Saint-François, du Haut-Saint-François et du territoire de la Ville de Sherbrooke.

⁸⁵ Entre autres, des services d'évaluation permettant le repérage-dépistage des personnes admises ou inscrites présentant un traumatisme craniocérébral (avec ou sans agent payeur SAAQ), des personnes admises présentant une blessure orthopédique grave (SAAQ) ou un polytraumatisme (avec ou sans agent payeur SAAQ).

- des délais d'attente prolongée et une disparité d'accès chez les adultes ayant une déficience motrice lorsqu'ils ne bénéficient pas de la couverture d'un régime d'assurance sociale publique (tel que SAAQ, CSST) ou privée (assurance personnelle ou de groupe).

Tableau 6 a
GAMME DE SERVICES – PROGRAMME-SERVICES DEFICIENCE PHYSIQUE – ESTRIE

S E R V I C E S S P É C I A L I S É S	Gamme de services	Centre d’activité ⁸⁶ (C/A)	Consommation de services en 2 ^e ligne ⁸⁷		Nombre de personnes en attente d’un service (au 31-03-2006) ⁸⁸	Observations ⁸⁹
			Nombre d’usagers desservis en 2005-2006	Nombre moyen d’heures de prestation de services 2005-2006 ⁹⁰		
				Total	Moyenne par usager	
	RÉADAPTATION EXTERNE ET INTERNE					
	<i>Déficiences motrices</i>					
	0 – 17 ans	8020	464	ND	ND	37
	18 – 64 ans		766	ND	ND	92
	65 ans et plus	8030	63	ND	ND	0
	Sous-total usagers différents :		1 293	83 502 h	65,8 h	129
	65 ans et plus ⁹¹		168	ND	ND	13
	Total :		1 461			142
	ADAPTATION / INTÉGRATION					
	Professionnelle (évaluation des capacités de travail)	8041	48	ND	ND	6
	Sociale	8042	120	ND	ND	8
	Sous-total usagers différents :		168			14
	RÉADAPTATION DÉFICIENCE VISUELLE	8060				
	0 – 17 ans		69	ND	ND	
	18 – 64 ans		182	ND	ND	
	65 ans et plus		493	ND	ND	
	Total usagers différents :		744	4 024,25 h	5,4 h	29
	RÉADAPTATION DÉFICIENCE AUDITIVE	8070				
	0 – 17 ans		108	ND	ND	
	18 – 64 ans		110	ND	ND	
	65 ans et plus		148	ND	ND	
	Total usagers différents :		366	4 452 h	12,2 h	8

⁸⁶ Voir l’annexe 5 pour une description sommaire des centres d’activités.

⁸⁷ Source : GESTRED, Indicateurs nationaux 1.4.4, 1.4.5, 1.4.6 et 1.4.7. - CRE - Année 2005-2006, Période 13 et AS-484 du CRE, Année 2005-2006, p. 5 et 8.

⁸⁸ Source : Rapport statistique annuel du CRE, AS-484, Année 2005-2006, p. 11.

⁸⁹ Source : Portrait synthèse des indicateurs régionaux, R1.4.2, R1.4.3 - CRE - Année 2005-2006.

⁹⁰ Source : GESTRED, Indicateurs en développement D1.4.A, D1.4.B, D1.4.C, D1.4.D - CRE - Année 2005-2006, p.13. Ce chiffre exclut les soins infirmiers dans les services internes. À signaler qu’il s’agit d’indicateurs à l’essai qui sont à interpréter avec prudence.

⁹¹ Source : CSSS/IUGS, Rapport de gestion 2005-2006, juin 2006. Rapport statistique URFI 2005-2006. À signaler qu’une proportion des personnes ayant reçu des services ne sont pas reconnues comme ayant une déficience physique (ex. : personne avec fracture de hanche).

Tableau 6 b
GAMME DE SERVICES – PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE – ESTRIE (suite)

(note : autres données à venir)

S E R V I C E S S P É C I A L I S É S	Gamme de services	Centre d'activité (C/A)	Consommation de services en 2 ^e ligne ⁹²		Nombre de personnes en attente d'un service (au 31-03-2006) ⁹³	Observations ⁹⁴	
			Nombre d'usagers desservis en 2005-2006	Nombre moyen d'heures de prestation de services 2005-2006 ⁹⁵			
				Total	Moyenne par usager		
	RÉADAPTATION DÉFICIENCE DU LANGAGE	8080				Légère augmentation du volume de clientèle desservie; toutefois, allongement du délai moyen d'attente chez les 0-17 ans.	
	0 – 17 ans		346	ND	ND		
	18 – 64 ans		36	ND	ND		
	65 ans et plus		3	ND	ND		
	Total usagers différents :		385	10 827,75	31,8	41	Délai moyen d'attente était de 171 jours en 2005-2006.
	AUTRES SUPPORTS À L'INTÉGRATION ⁹⁶						
	Atelier de travail	7012	113	ND	ND	0	
	Support des stages en milieu de travail	7022	153	ND	ND	19	
	Intégration à l'emploi	7032	19	ND	ND	0	
	Total usagers différents :		285			19	
	CLINIQUES SPÉCIALISÉES D'ÉVALUATION						
	Evaluation conduite auto		118	ND	49	Délai moyen d'attente	
	Evaluation communication non orale (CACEOS)		49	ND	ND		
	Service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle ⁹⁷		115			25	
	Service interdisciplinaire de la douleur ⁹⁸		10			25	
	ATTRIBUTION D'AIDES COMPENSATOIRES SPÉCIALISÉES ⁹⁹			Nombre d'attributions total ¹⁰⁰			
	Aides à la motricité : fauteuil roulant, posit, orthèse-prothèse		447 726	577 1006		ND	
	Aides auditives et de suppléance		160	196		ND	
	Aides visuelles (mécanique, électronique et optique)		324	376		ND	
	Chaussures orthétiques		ND	22		ND	
	Total usagers différents :		1 723	2 177		ND	
	RESSOURCES RÉSIDENTIELLES SPÉCIALISÉES ¹⁰¹ (non institutionnelles)			Nombre de places reconnues au 31 mars 2006		Nombre de personnes en attente d'un service (au 31-03-2006)	
	RTF (Famille et résidence d'accueil)		24	10		8	
	RI (ressource intermédiaire)		99	61		29	

⁹² Source : Rapport statistique annuel du CRE - AS-484 - Année 2005-2006, p. 5.

⁹³ Source : Ibid, p. 11.

⁹⁴ Source : Portrait synthèse des indicateurs régionaux, R1.4.2, R1.4.3, CRE - Année 2005-2006.

⁹⁵ Source : GESTRED, Indicateurs en développement, D1.4.A, D1.4.B, D1.4.C, D1.4.D - CRE - Année 2005-2006, p.13. Ce chiffre exclut les soins infirmiers dans les services internes. À signaler qu'il s'agit d'indicateurs à l'essai qui sont à interpréter avec prudence.

⁹⁶ Source : Rapport statistique annuel du CRE - AS-484 - Année 2005-2006, p. 7

⁹⁷ Clinique spécialisée du CHUS offrant un service diagnostic et de traitement court terme d'un problème musculo-squelettique temporaire consécutif à un traumatisme. Données sur clientèle desservie produites par le CHUS.

⁹⁸ Clinique spécialisée du CHUS offrant un service diagnostic et de traitement de confort à des personnes affectées par des douleurs chroniques incapacitantes. Données sur clientèle desservie produites par le CHUS

⁹⁹ Source : Service d'information de gestion des services d'aides techniques (SIGSAT) – CRE, Année 2005-2006.

¹⁰⁰ Sont comptabilisées seulement les attributions ou remplacement d'aides; sont exclus les réparations et ajustement d'aides.

¹⁰¹ Source : Rapport statistique annuel – CRE – ASA - 484, Année 2005-2006, p. 16 et 17.

Services de troisième ligne

Dans le domaine de la réadaptation, ces services sont rendus par des établissements désignés qui s'adressent à des clientèles ayant des besoins très complexes. Par exemple, le CRE a de telles ententes de services avec l'Institut Nazareth et Louis Braille en déficience visuelle (appareils informatiques mode sonore et braille, classe de chien-guide), l'Institut Raymond Dewar en déficience auditive (surdité-cécité), l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (implant cochléaire), l'Institut de réadaptation de Montréal (Continuum blessés m  dulaires, attribution de prothèses myoélectriques).

Référence interétablissements

En regard de l'évolution du nombre des demandes de services aux CSSS, on note qu'il y a eu une augmentation de 16 % de celles-ci en lien avec une déficience physique (de 165 à 195 personnes) par rapport à l'année 2004-2005¹⁰². Près de 60 % des demandes avaient été faites sans « référence formelle », c'est-à-dire par la personne elle-même ou ses proches. Par ailleurs, on constate que les demandes formelles acheminées aux CSSS par les centres de r  adaptation¹⁰³ se situaient en moyenne à $\pm$ 250 au cours des années 2004-2005 et 2005-2006 et touchaient une variété de services tant généraux que spécifiques (services du Programme Jeunesse-Enfance-Famille, services de santé physique, soins à domicile, services de réadaptation courants). Le volume de ces demandes demeure toutefois modeste se situant à près de 1 % des références totales reçues par les CSSS.

Du côté des services spécialisés de réadaptation et d'intégration (CRE)¹⁰⁴, on constate une augmentation de 11 % des demandes par rapport à 2004-2005 (de 965 à 1 072 demandes) : le tiers concernait des services du programme Adultes et le quart était relié aux services spécialisés de réadaptation et d'intégration du programme enfants/adolescents (déficits moteurs, déficits du langage, retards globaux de développement); 22 % concernaient les services pour des personnes victimes d'un traumatisme, le reste des demandes se répartissant entre les services aux personnes ayant une déficience sensorielle (visuelle ou auditive). Le CHUS a été le principal r  f  rent ayant effectué 30 % des demandes en 2005-2006. Les CSSS tout comme les cliniques médicales et autres cliniques ont fait un nombre à peu près équivalent (12% du total chacun) des demandes pour l'année 2005-2006 alors que celles faites par les personnes elles-mêmes ou leurs proches représentaient 14 % du total des demandes pour des services spécialisés.

Constats en regard de la liaison avec les autres programmes

- **Programmes Services généraux**

De façon générale, on peut noter un flux d'échanges et de références interétablissements encore difficile à quantifier entre partenaires de la première et de la deuxième ligne (des CSSS vers le CRE et vice versa); il en est de même pour le niveau de la fréquence d'échanges et d'actions concertées. Toutefois, des mécanismes de liaison formels ont été mis en place entre, d'une part, chaque CSSS et, d'autre part, le CRE : ces ententes visent notamment, à définir les mécanismes de transmission bidirectionnel des demandes de services interétablissements; dans certains cas, sont aussi précisées les modalités qui s'appliquent en matière de services d'aides à la motricité. Ce mode d'opération étant implanté depuis environ deux ans, il y aura lieu de vérifier si ces maillages devront être consolidés en vue d'intensifier et d'améliorer, entre autres, des aspects tels que : la circulation d'information bidirectionnelle, la fluidité de passage d'un niveau de services vers l'autre, la coordination des interventions interétablissements.

- **Programme Santé physique**

On peut noter un bon fonctionnement de la liaison entre le CHUS et le CRE.    cet égard, il existe une longue pratique de collaboration instaurée avec la mise en place de cliniques conjointes (médecins spécialistes du CHUS et professionnels du CRE) pour les enfants ayant, notamment, une déficience motrice cérébrale, un spina-bifida ou une dystrophie musculaire¹⁰⁵.

D'autres exemples d'interface : l'entente de partenariat entre le CRE et le CHUS en lien avec l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive pour les personnes de moins de 65 ans (2003) et les protocoles d'entente entre ces deux établissements (2000) relatifs au transfert des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et celui pour les enfants et adolescents ayant subi ce même type de traumatisme; ces ententes s'inscrivent comme une des composantes du **Consortium pour la clientèle ayant un traumatisme craniocérébral** regroupant le CHUS-CRE-ACTE, implanté, depuis quelques années déjà, qui assure à la fois une approche et une offre de services intégrés des divers partenaires auprès de cette clientèle, mais aussi auprès de d'autres personnes victimes de traumatismes.

Un autre projet d'entente est en cours d'élaboration pour la réadaptation fonctionnelle intensive pédiatrique afin de garantir la fluidité entre ces deux programmes-services.

Des mécanismes de liaison sont aussi en place d'une part, entre les CSSS et le CHUS, d'autre part, entre les CSSS et le CSSS/IUGS; mais ces protocoles de collaboration touchent des transferts interétablissements vers

¹⁰² Source: I-CLSC (RAMQ), Répartition des demandes selon leur objet, Années 2004-2005 et 2005-2006.

¹⁰³ Les données statistiques disponibles ne permettent pas d'identifier les seules demandes en provenance du centre de réadaptation en déficience physique.

¹⁰⁴ Source : Nombre de demandes reçues et traitées par programme et provenance – Données CRE – Année 2005-2006.

¹⁰⁵ Certaines pratiques ont déjà fait l'objet d'un protocole d'entente dont celui concernant « le suivi des blessés m  dulaires d'âge pédiatrique intervenu entre la clinique pédiatrique des my  loplasies/spina-bifida du CHUS et le sous-programme traumatologie enfants du CRE »; un autre protocole d'entente relatif au transfert des personnes victimes d'un traumatisme (autre que TCC) est en cours de préparation.

divers services rattachés à plusieurs programmes-services et concernent donc un ensemble de clientèles et pas uniquement les personnes ayant une déficience physique¹⁰⁶.

- **Programme-services Déficience intellectuelle – TED**

L'organisation régionale des services prévoit déjà que le Centre de réadaptation Estrie (CRE) rende disponibles des services spécialisés de réadaptation fonctionnelle à la clientèle ayant une déficience intellectuelle¹⁰⁷. Il existe, en outre, une entente particulière relative à la clientèle d'âge scolaire ayant des troubles envahissants du développement.

- **Programme-services Jeunes en difficulté**

Le Centre de réadaptation Estrie (CRE) participe au projet **d'équipe d'intervention jeunesse** du CSSS Memphrémagog, à titre d'établissement partenaire et ce, depuis le début de l'implantation de cette modalité de concertation. Il est aussi associé à une démarche similaire avec le CSSS de la Ville de Sherbrooke qui a mis en place ce modèle de concertation. Le CRE participe, en outre, à des tables de concertation sur la trajectoire de services dans les MRC du Granit et de Coaticook.

- **Programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**

Un bel exemple d'interface : le protocole d'échange et d'utilisation de renseignements personnels¹⁰⁸ intervenu entre les divers partenaires concernés, notamment, les CSSS, le CHUS, le CRE, des organismes communautaires, des pharmacies, médecins en cabinet privé afin de soutenir le fonctionnement d'un guichet dédié dans les CSSS et l'intervention de « gestionnaires de cas » pour assurer la coordination et le suivi des personnes en perte d'autonomie à cause du vieillissement qui ont des besoins multiples et complexes.

On peut encore mentionner l'entente de collaboration entre le CSSS-IUGS et le CRE relative à la clinique de « surdité vertiges » et celles relatives aux aides à la motricité.

4.3 Ressources financières dépensées dans le Programme-services Déficience physique

Avant de faire état du budget consacré au Programme-services Déficience physique, il convient de faire quelques rappels au sujet de la notion de « contour financier », en général, et de celui relatif à ce programme-services, en particulier. La brève explication qui suit est tirée du document portant sur « L'architecture des services ».¹⁰⁹

Tout programme est composé d'un ensemble de services et d'activités qui sont désignés sous le vocable de « **centre d'activités** ». Le contour financier fournit la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités qui forment chacun d'entre eux.

En pratique, un centre d'activités correspond à un type de services. Ce dernier est classé en fonction de son appartenance à un ensemble organisé d'activités, ensemble qui permet de répondre à un profil de besoins particulier. C'est ce qui est appelé « *programme-services* ». Le programme-services Déficience physique est l'un des neuf programmes reconnus. Enfin, un centre d'activités peut appartenir à un seul ou à plusieurs programmes-services. Dans le cas où celui-ci n'est pas « **exclusif** » à un seul programme, le MSSS utilise une clé d'imputation à partir des données provenant du rapport statistique ou des systèmes d'information clientèle.

Le contour financier pour le Programme-services Déficience physique est conçu par le MSSS de la manière suivante, il regroupe :

- d'une part, un ensemble de centres d'activités et des coûts qui sont imputés aux CSSS;
- d'autre part, une autre série de centres d'activités et de coûts imputés, cette fois, au CRDP et CHU.

N.B. : La répartition de ces centres d'activités est présentée dans le **tableau 4** (services spécifiques de 1^{re} ligne) et les **tableaux 6a et 6b** (services spécialisés 2^e ligne).

Pour l'année financière 2004-2005¹¹⁰, les coûts directs nets¹¹¹ pour le programme-services ont été de **16 607 029 \$** et se répartissaient ainsi :

- 6 008 910 \$ pour l'ensemble des CSSS (5 677 642 \$) et les organismes communautaires dédiés (331 268 \$, soit 36 % du total des dépenses brutes en première ligne du programme-services;
- 10 598 119 \$ pour le CRE (10 478 557 \$) et le CHUS (119 561 \$) ou 64 % du total des dépenses brutes en deuxième ligne du programme-services.

¹⁰⁶ Il s'agit, notamment, des protocoles de liaison relatifs aux demandes pour des services de soutien à domicile et les protocoles relatifs aux services offerts par l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

¹⁰⁷ Le Conseil régional des services de santé et des services sociaux de l'Estrie attribuait en 1983, puis confirmait en 1992 et 1993 ce mandat spécifique dans des résolutions touchant l'organisation régionale des services aux personnes handicapées.

¹⁰⁸ Désigné sous le vocable SIGG (Système d'information géro-onto-gériatrique)

¹⁰⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 8.

¹¹⁰ Source : Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles, Simulation CDN \$ selon CF 2004-2005. Les données pour 2005-2006 n'étaient pas encore toutes disponibles de même que les correctifs apportés par le MSSS aux clés d'imputation.

¹¹¹ Les services autofinancés ne sont pas inclus dans ces coûts.

4.4 Bilan des réalisations du Plan d'action régional 2003-2006 en déficience physique

Il est opportun de dégager les points saillants des réalisations et avancées se rapportant aux objectifs qui étaient poursuivis dans ce plan régional couvrant la période 2003-2006. Ce plan d'action, rappelons-le, s'inscrivait dans les visées des orientations ministérielles de 1995 et des paramètres du « Continuum intégré des services en déficience physique pour l'Estrie » (année 2000).

Les objectifs retenus au terme de l'analyse de situation faite à l'époque, devaient concourir, notamment, à améliorer : des éléments de l'offre de service tant en première qu'en deuxième ligne, l'accessibilité aux services offerts, les arrimages entre niveau de services, l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique et la disponibilité de milieux résidentiels substituts spécialisés.

Voici une revue sommaire de résultats actualisés ou en voie de l'être ou qui ne l'ont pas été, mais qui devraient être reconduits pour les prochaines années et faire partie des enjeux identifiés. Cette rétrospective est présentée par catégorie de clientèle :

- **Ensemble des enfants ayant une déficience physique**

- Il y a eu mise en place d'une équipe d'évaluation-conseil par le CRE, appelée à intervenir ponctuellement dans des situations de crise auprès d'enfants en liste d'attente pour des services spécialisés de réadaptation et leur famille.

- **Personnes ayant une déficience auditive**

- La recherche d'une accessibilité accrue pour les personnes du groupe d'âge des 65 ans et plus s'est en partie concrétisée.
- Plus prometteur encore est le projet-pilote en cours d'expérimentation du CRE-CSSS de la MRC des Sources, qui comporte un appui au personnel en première ligne pour l'habilitier à détecter et à développer des attitudes et stratégies adaptées à l'égard des personnes malentendantes du groupe d'âge des 65 ans et plus, à qui divers services sont rendus en première ligne. Au terme de l'expérience en cours, un protocole de collaboration particulier pourra en découler et être élargi à d'autres territoires.
- Les activités de dépistage de la surdité chez les nouveaux-nés ont été mises en suspens, dans l'attente de l'énoncé d'une orientation ministérielle en cette matière.

- **Personnes ayant une déficience du langage**

- Les problèmes d'accessibilité aux services d'orthophonie ciblés en première ligne permettant, entre autres, une détection et une intervention précoce (prévention secondaire), ont perduré tout au long de la période considérée et ne sont pas encore résolus. Ils découlent de la difficulté de recrutement d'orthophonistes, en raison de la rareté de ce type de personnel. Ils étaient aussi accentués par les délais d'attente pour l'accès aux services spécialisés de réadaptation en deuxième ligne.
- L'actualisation des résultats escomptés du côté des services spécialisés de deuxième ligne a été partielle pour la période considérée : augmentation de 16 % du nombre d'enfants et de jeunes desservis (de 298 en 2003-2004 à 346 en 2005-2006). Toutefois, il n'a pas été possible d'éliminer les délais d'attente, l'arrivée de nouvelles demandes annulant l'augmentation du nombre de nouveaux usagers desservis en cours d'année. Dans le but de dénouer cette impasse, le CRE a été amené à envisager et mettre de l'avant une transformation des modalités de prestation de services¹¹² davantage axées sur une approche de groupe plutôt que seulement individuel et misant sur le développement de compétences chez les parents et les autres personnes qui interviennent auprès de l'enfant (personnel des centres de la petite enfance, personnel de l'école).
- Une approche innovatrice inspirée de celle précédemment citée, a permis, de concert avec l'Association des parents d'enfants dyspraxiques, de rendre disponible à ces derniers, des activités de stimulation adaptées à leur condition, sur les plans scolaires et récréatifs, leur permettant ainsi de profiter d'une expertise spécialisée qui autrement n'aurait pu leur être fournie qu'à la suite de longs délais, selon l'offre de service conventionnelle.
- La mise à jour de l'entente régionale MSSS/MELS en orthophonie reste à faire pour inclure des groupes non compris au moment de sa conclusion en l'an 2000.

- **Personnes ayant une déficience visuelle**

- Les objectifs de sensibilisation auprès des personnels de CSSS pour la détection et la référence de ces personnes vers des services spécialisés ont été actualisés.
- Les visées relatives à l'amélioration du taux de pénétration ont été partiellement atteints avec une augmentation de 30 % des personnes desservies dans le groupe d'âge des 65 ans et plus (de 377 en 2003-2004 à 493 en 2005-2006).
- Un projet d'expérimentation CRE-CSSS ayant des caractéristiques semblables à celui actuellement en cours pour la clientèle ayant une déficience auditive (groupe d'âge des 65 ans et plus) est envisagée, mais cette fois pour les personnes ayant une déficience visuelle.

¹¹² Ce projet de transformation des pratiques est désigné sous le vocable "d'Appolo".

- ***Personnes ayant une déficience motrice (enfants)***

- Un problème similaire d'accessibilité à celui déjà décrit pour l'orthophonie existe aussi pour les services d'ergothérapie en CSSS. Conséquence : la détection et l'intervention précoce auprès d'enfants d'âge préscolaire ayant des retards ou des troubles moteurs est limitée.
- L'ensemble des mesures identifiées dans le plan d'action et mises en place par le CRE n'ont pas permis de répondre à la « totalité des demandes acheminées annuellement vers cet établissement ». Bien qu'il y ait eu réduction de la durée moyenne d'attente et du nombre de personnes en attente, l'afflux de nouvelles demandes s'est poursuivi en cours d'année. Là encore, des travaux visant à transformer le mode de prestation de services sont en cours en vue d'aboutir éventuellement à une réduction significative et durable des délais d'attente et ce, dans un contexte où la pénurie d'effectifs professionnels va en s'accroissant.
- La conclusion d'une entente entre le CHUS et le CRE relative à la réadaptation fonctionnelles intensive (RFI) pédiatrique, est en voie d'être complétée; cela permettrait ainsi au Centre de réadaptation de dispenser des services spécialisés de réadaptation à un enfant encore hospitalisé à la suite d'un traumatisme, reste à compléter.
- La conclusion d'une entente relative au départage entre les CSSS et le CRE de certains services destinés tant aux enfants qu'aux adultes ayant une déficience physique (exception faite de l'adaptation du domicile), n'a pas été complétée; elle concernait notamment : la prestation de services psychosociaux et de services de réadaptation à domicile.

- ***Personnes ayant une déficience motrice (adultes)***

- La réadaptation fonctionnelle intensive interne des personnes du groupe d'âge des 18-64 ans est assurée par le CRE depuis novembre 2003 (12 lits dans ces installations).
- Des ententes ont été conclues entre le CRE et cinq des CSSS de la région portant sur les services d'aides à la motricité.
- Il n'y a pas encore eu de conclusion d'une entente de collaboration entre le CHUS et le CRE concernant les personnes ayant des douleurs chroniques associées à une déficience motrice pour la prestation de services complémentaires de réadaptation et d'intégration sociale.
- Il n'y a pas eu à ce jour d'adoption de protocole entre le Consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave (CHUS-CRE-ACTE) et les CSSS.
- L'objectif portant sur la diminution des délais d'attente dans l'accès à des services externes pour une clientèle traumatisée craniocérébral sans couverture d'un régime publique (SAAQ ou CSST) n'a pu être entièrement actualisé.
- Il n'y a pas eu d'adoption d'un protocole relatif au mécanisme de transfert du CSSS-IUGS vers le CRE d'usagers ayant une déficience physique âgés de 65 ans et plus, en besoin de services de soutien spécialisé à l'intégration sociale.

- ***Services de soutien à l'intégration***

- La mise en place d'un mécanisme de coordination des services s'est actualisée avec l'adoption d'un cadre régional de référence sur le « Plan de services individualisé » qui s'applique à tous les programmes-services.
- La production d'un cadre conceptuel au niveau régional relatif au Programme-services en déficience physique est actualisée dans le présent document.
- Un monitoring a été effectué, au cours des dernières années, sur le nombre de personnes ayant bénéficié des diverses mesures de soutien financier à domicile et des programmes d'aides techniques.
- Des rencontres d'information destinées au personnel de première ligne des CSSS ont eu lieu périodiquement concernant l'offre de services spécialisés en deuxième ligne; des rencontres de travail tenues conjointement ont aussi conduit à diverses ententes de collaboration tantôt formelles, tantôt non formalisées.
- Divers projets ont été élaborés et réalisés conjointement entre le CRE et des organismes communautaires (précisions à venir).
- La pérennité du centre d'activités de jour destinée à la clientèle de l'ACTE (personnes ayant eu un traumatisme crânien modéré ou grave et personnes cérébrolésées) a été assurée par un financement récurrent.

- ***Milieus substitués***

- Il y a eu augmentation significative du nombre de ressources spécialisées (en particulier ressource de type intermédiaire) offrant des places en milieu non institutionnelles, destinées à des adultes ayant une déficience physique. Cela a même permis récemment le transfert dans ce genre de milieu situé dans la communauté, de personnes hébergées jusqu'alors en centre d'hébergement et soins de longue durée.
- Un projet de logements destinés à des adultes présentant des troubles cognitifs associés à une déficience motrice est en cours d'élaboration et pourrait s'actualiser dans les prochains mois.

PARTIE II :
Orientations régionales 2007-2010

5. PROJETS D'ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010

Ce tour d'horizon, d'une part, de la configuration Programme Déficience physique, d'autre part, de l'organisation et l'utilisation des services de première et de deuxième lignes, a permis de dégager un portrait de situation et de faire certains constats. Il faut, encore, apprécier ces données en fonction des paramètres suivants :

- les orientations ministérielles 2004-2009 déjà évoquées;
- les visées spécifiques d'accessibilité, de continuité et de qualité qui sont au cœur de l'élaboration du projet clinique.

Dans cette section, nous ferons un rappel des **principes directeurs** qui sous-tendent les orientations ministérielles en déficience physique. Puis, nous identifierons divers **enjeux d'ordre clinique et organisationnel** touchant le Programme-services. Nous présenterons, enfin, des propositions **d'orientations régionales** à privilégier pour les prochaines années pour ce programme-services.

5.1 Les principes directeurs

Dans le Plan d'action ministériel 2004-2009 en déficience physique, on fait un rappel des principes directeurs qui se situent en droite ligne avec les orientations ministérielles énoncées en 1995 et la politique d'ensemble « À part... égale ».

La participation sociale des personnes ayant une déficience physique comme finalité de l'ensemble des objectifs poursuivis

Le Plan d'action ministériel met ce principe comme élément central. Ainsi, qu'il s'agisse d'améliorer l'accès aux services offerts ou de réduire les délais d'attente, ce qui est visé à travers toutes les mesures concrètes mises de l'avant, c'est de « *favoriser la participation sociale pleine et entière des personnes, hommes, femmes, enfants, adolescents et aînés ayant une déficience physique*¹¹³ ». Ainsi les objectifs poursuivis devront s'inscrire dans la perspective de « *favoriser la participation pleine et entière des personnes, hommes, femmes, enfants, adolescents, aînés, ayant une déficience physique*¹¹⁴ ».

Le maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel

« *Une autre ligne directrice incontournable, c'est la priorité à accorder au maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel lorsque tel est leur choix*¹¹⁵ ». Cela implique de mettre à la disposition des mesures de soutien concrètes aux personnes elles-mêmes et à leurs proches ainsi que des moyens de natures diverses (techniques et matériels). La Politique de soutien à domicile¹¹⁶ fait d'ailleurs état que la première condition à satisfaire pour favoriser l'intégration sociale – on pourrait ajouter de participation à la vie communautaire – c'est l'accès à des « *services à domicile suffisants, adaptés et personnalisés*¹¹⁷ ».

La nécessité d'apporter aux familles et aux proches des personnes ayant une déficience physique le soutien nécessaire

Le maintien en milieu de vie naturel devient souvent difficile, sinon impossible, lorsque les familles et les proches ne peuvent pas compter sur un appui tangible qui se manifeste à travers des mesures concrètes de soutien (tantôt sous forme d'allocations financières, tantôt en services d'aide). Cela peut signifier à terme, une intensification et diversification des engagements à ce chapitre.

La vision globale de la situation de la personne ayant une déficience physique comme base pour la mise en œuvre des objectifs

La poursuite d'objectifs tels la participation sociale de la personne ayant une déficience physique, son maintien dans son milieu de vie naturel ou l'accès aux services requis, suppose une vision globale de la situation de cette personne. C'est pourquoi, l'ensemble des évaluations réalisées pour déterminer un requis de services, doivent s'insérer dans le cadre d'une approche globale. En effet, pour bien saisir le niveau de besoin et de capacités d'une personne ayant une déficience physique, celle-ci doit être placée au centre de la démarche où sont pris en considération ses choix et ses caractéristiques propres, mais aussi celles de l'environnement dans lequel elle évolue et de ses proches avec lesquels elle interagit.

« *Cette vision est essentielle et doit inspirer chacun des professionnels travaillant auprès des personnes ayant une déficience physique. Ce faisant, elle commande une « intervention pensée et réalisée dans une perspective de continuum de services intégrés ».* Elle met enfin un accent particulier sur « *le fait que le développement des capacités de la personne concernée et son intégration sociale passent par l'interaction de l'individu et de son environnement. On peut même dire qu'il s'agit là d'une condition nécessaire à l'efficacité des services du réseau de la santé et des services sociaux*¹¹⁸ ».

¹¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la communauté - Objectifs 2004-2009*, p. 27.

¹¹⁴ Ibid., p. 27.

¹¹⁵ Ibid., p. 27.

¹¹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix*, La politique de soutien à domicile, Québec 2003.

¹¹⁷ Ibid. p. 3.

¹¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une véritable participation à la communauté - Objectifs 2004-2009*, p. 28.

Le continuum de services intégrés comme perspective pour l'organisation des services

La notion de continuum découle du fait que dans leur cheminement, les personnes ayant une déficience physique, vont recourir, à différents moments de leur vie, à divers services : services de soins médicaux, services spécialisés de réadaptation, services de soutien à domicile. Afin de maximiser les retombées bénéfiques des services et éviter les effets préjudiciables de leur segmentation, il faut, en somme, assurer leur coordination et intégration.

Le bon service au bon moment

Le continuum de services intégrés met en évidence l'importance d'une planification et d'une organisation de services intégrés et coordonnés (dans et entre les niveaux de services) dans le cadre *d'un plan de services individualisé et intersectoriel* lorsque requis. *Mais encore faut-il que la personne puisse avoir accès à ces services au moment opportun. « Le principe du bon service au bon moment s'applique évidemment quel que soit l'âge de la personne, mais il prend une importance particulière lorsqu'il s'agit des enfants. »*

La complémentarité des programme- services en ce qui a trait à la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique

Ce principe sous-tend la préoccupation suivante : que la personne ayant une déficience physique puisse avoir accès aux services dont elle a besoin. Or, il arrive que certaines personnes éprouvent des difficultés à obtenir des services de l'un ou l'autre des programmes-services en raison d'une double problématique et ce, malgré des besoins urgents. Il importe que le réseau SSS, tant au plan local que régional, trouve des voies de passage pour que ces personnes obtiennent l'aide nécessaire pour répondre à ses besoins. C'est le défi à relever du décloisonnement et de la mise en commun de ressources pour faire face à pareille situation.

Il convient enfin de veiller au respect par le Programme-services Déficience physique du respect des grands éléments centraux qui sont visés par le projet clinique des réseaux locaux de services intégrés.

Accessibilité :

- Sur le plan **géographique**, des services le plus possible à proximité du milieu de vie des personnes utilisatrices, mais aussi **connus** de celles-ci; sur le plan **temporel**, en respectant des standards de pratiques en terme de délais lorsque ceux-ci auront été établis; sur le plan **linguistique**, conformément au *Programme d'accessibilité des services en langue anglaise* et au *Plan d'action en matière d'accessibilité aux personnes issues des communautés ethno-culturelles*.

Continuité :

- Les services doivent être coordonnés et cohérents, le passage d'un niveau à un autre, sans rupture et organisé en fonction d'une analyse systématique des besoins et d'une offre de service convenue. L'intervention concertée lorsque requise, doit s'appuyer sur un plan (PI, PII ou PSI) structuré, conçu avec la personne en fonction de ses besoins et impliquant les différents partenaires locaux et régionaux concernés selon les situations.

Qualité :

- Les services devraient présenter les caractéristiques suivantes¹¹⁹ :
 - **flexibles** : capables de composer avec les différents profils de clientèles et de besoins à court terme et à long terme; capables aussi de composer de façon créative avec les contraintes du système;
 - **adaptés** : pour répondre aux besoins particuliers reliés au genre (analyse différenciée selon les sexes) ou à la culture;
 - **en partenariat interdisciplinaire** : qui permettent de mettre à contribution les expertises disciplinaires de chacun, mais aussi d'atteindre un bon niveau de complicité entre les intervenants et intervenantes impliqués. Ce concept de partenariat inclut aussi les personnes utilisatrices et leurs familles dans la planification des services et programmes qui leur sont destinés;
 - **ciblés et efficaces** : bien articulés selon le niveau de services requis, avec une utilisation pertinente des ressources tant de première ligne que des ressources plus spécialisées et ce, dans la perspective d'une hiérarchisation des services;
 - **axés sur les forces et compétences** des individus, visant l'atteinte d'un niveau d'autonomie optimal, sinon le meilleur niveau d'adaptation possible de la personne;
 - **respectueux de l'autonomie** des personnes utilisatrices, de leur capacité à s'autodéterminer, à prendre en main « **leur projet de vie** » et à participer aux décisions qui les concernent;
 - **à jour et efficaces**, s'appuyant sur les données probantes, les modèles reconnus efficaces, les pratiques exemplaires et régulièrement **évalués** de façon à s'assurer qu'ils demeurent pertinents, acceptables, efficaces et efficaces;
 - **attentifs aux proches des personnes utilisatrices**, à leurs besoins d'information, de support, de participation aux décisions importantes, qui souvent les concernent de très près;
 - **attentifs aux intervenants**, respectueux de leurs compétences, de leurs besoins de formation, de mise à jour, de valorisation, de participation, comme aux dangers d'épuisement possible dans le contact avec des clientèles souvent exigeantes;

¹¹⁹ Adaptation faite à partir de Thornicroft G, Tansella M., *The mental health matrix, a manual to improve services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.

- o **attentifs à la communauté**, à la nécessité d'expliquer la déficience et ses conséquences, d'informer et d'associer les différents milieux susceptibles de favoriser l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique;
- o **normalisants**, qui privilégient le milieu de vie le plus naturel, le moins contraignant possible, et les activités offertes dans ou par la communauté.

5.2 Enjeux d'ordre clinique et organisationnel du programme Déficience physique

En terme d'appréciation générale de la situation, il est possible de constater que :

- l'organisation des services en place correspond assez fidèlement aux balises énoncées par le MSSS; elle est, faut-il le rappeler, la résultante des démarches réalisées au fil des années avec, notamment : la décentralisation vers les CLSC des mesures de soutien financier et de programmes d'équipement et de fournitures spécialisées; le déploiement d'une offre de service conforme au Continuum intégré en déficience physique;
- la disponibilité d'une gamme assez complète de services en première ligne dans chaque territoire de CSSS, mais aussi des services spécialisés de réadaptation et d'intégration en deuxième ligne qui s'adressent à toutes les catégories de personnes ayant une déficience physique et sont, pour une majeure partie d'entre eux, déconcentrés dans les territoires de MRC;
- les multiples acquis au plan de la collaboration interétablissements tant au plan des relations entre professionnels que des mécanismes de liaison/comunication.

Forts de ces éléments positifs du Programme Déficience physique, un examen plus approfondi permet, au terme d'un survol d'écarts observés entre ce qui est visé et la situation actuelle, de faire ressortir divers enjeux d'importance variable. Nous en faisons ci-dessous l'énumération :

- Processus d'intégration clinique des services entre la première et la deuxième ligne**

Il n'y a pas de processus intégrateur assurant une convergence des demandes pour l'ensemble des catégories de jeunes et d'adultes ayant une déficience physique, bien qu'il existe dans les faits, plusieurs portes d'entrée aux services (CSSS, CHUS, CRE, GMFs, cliniques médicales et autres cliniques privées); même l'existence de mécanismes de liaison ne protègent pas les personnes en besoin de démarches additionnelles à faire ou des redites d'information; il n'y a pas non plus de pratique généralisée de concertation interétablissement entre les niveaux de services, qu'il s'agisse de partage d'information ou de coordination des interventions.
- Offre de services spécifiques par les CSSS**

Les données présentées et portant sur l'utilisation des services mettent en évidence l'atteinte d'une limite dans la capacité actuelle de répondre à la demande pour les mesures de soutien financier via les allocations directes pour l'aide à domicile. Une situation similaire paraît aussi prévaloir dans les prêts à long terme d'équipements à domicile et l'apport de certaines fournitures spécialisées. Il s'agit là pourtant de conditions essentielles pour favoriser le maintien à domicile et le soutien aux aidants naturels.
- Plafond de services de soutien à domicile**

Tel qu'indiqué dans la Politique de soutien à domicile : « *Chez soi : le premier choix* », on précise que la **hauteur de la couverture publique des services à domicile** devrait généralement correspondre à ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public¹²⁰. Or, il y a un certain nombre d'adultes à domicile qui ont atteint ou dépassé ce requis de services. Par souci d'équité pour l'ensemble des personnes ayant une déficience physique et dans un contexte où les ressources sont limitées, cette question doit être considérée. Quel devrait être le seuil critique dans l'offre maximale de services de soutien à domicile et quelles seraient les conditions à respecter lorsqu'une orientation vers un milieu de vie substitut (institutionnel ou non institutionnel) doit être envisagée comme alternative?
- Offre de services spécialisés de réadaptation**

Afin de surmonter les problèmes persistants d'accessibilité, une révision de la manière de rendre les services est en cours d'élaboration auprès d'une clientèle d'enfants¹²¹. Assurer la prestation d'un service selon des modalités différentes constitue une transformation majeure qui entraîne son lot de conséquences : changements de pratiques chez le personnel professionnel et autres personnels tant en deuxième qu'en première ligne; cela implique aussi des ajustements pour les usagers, leurs proches et les autres aidants dans la compréhension des nouvelles contributions attendues de leur part.
- Zones de chevauchement entre les services spécifiques et les services spécialisés**

Il y a dans ce programme-services, tout comme dans les autres d'ailleurs, certaines zones de chevauchement (« zones grises ») entre la première et deuxième lignes. Sans que cela soulève, des difficultés importantes, on souhaite apporter des clarifications additionnelles et convenir de modalités destinées à optimiser les contributions

¹²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de soutien à domicile: « Chez soi : le premier choix »*, p. 18.

¹²¹ Projet initié par le CRE désigné sous le vocable d'Appolo.

¹²² À cet égard, des clarifications attendues du MSSS sont encore à venir.

des uns et des autres. Les aspects à traiter concernent, notamment : le départage en regard d'activités de réadaptation pour le maintien des acquis chez des usagers¹²²; les critères de transfert de la 1^{re} à la 2^e ligne et vice versa.

En regard des autres programmes-services, voici les principaux enjeux qui ont été identifiés au terme d'une :

- **Interface avec le Programme Services généraux**

Actualisation d'une des orientations prioritaires retenues dans le programme Services généraux concernant l'accès à un médecin de famille et à un suivi médical, ainsi que le plan de mise en œuvre¹²³ pour l'amélioration de l'accès à un médecin de famille pour les personnes « orphelines ».

- **Interface avec le Programme-services Jeunes en difficulté**

Poursuite de la mise en réseau, au plan local, de services intégrés de première et deuxième lignes en santé et services sociaux (intervenants dédiés, programmations spécifiques, liaison organisée, trajectoires de services, programmation et outils cliniques communs, ententes de services avec les partenaires scolaires). Arrimage avec l'équipe d'intervention jeunesse des territoires de MRC où elle est implantée, donc avec les partenaires naturels auprès des jeunes en milieu scolaire qui peuvent présenter de multiples problématiques dont pour certains une déficience physique.

- **Interface avec le Programme-services Santé physique**

Mise en place d'un continuum de services destinés aux personnes ayant des problèmes de douleurs chroniques.

Mise en place de conditions destinées à favoriser une utilisation optimale des plateaux techniques et ressources disponibles en réadaptation fonctionnelle intensive¹²⁴.

Amélioration de l'accès aux médecins spécialistes pour certaines clientèles (notamment, neurologie, neurophysiologie, urologie).

- **Interface avec le Programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**

Mise en place de conditions qui assurent que le critère d'âge de 65 ans et plus ne constitue pas un facteur discriminant qui limite ou exclut des personnes du programme en Déficience physique tant pour les services spécifiques de première ligne que les services spécialisés.

- **Interface avec le Programme-services Déficience intellectuelle – Troubles envahissants du développement**

Consolidation d'un mode de planification pour des interventions concertées pour des usagers ayant la double problématique.

Détermination d'une ou de trajectoires de services pour les enfants ayant un retard important de développement pour lequel aucun diagnostic n'a encore été posé dans le cadre d'une démarche conjointe, impliquant les centres de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement avec le concours des CSSS et du CHUS.

- **Interface avec le Programme-services Santé mentale**

Amélioration de l'accès à la psychiatrie afin de répondre à un besoin de soutien clinique spécialisé au réseau de la déficience physique pour des usagers ayant une double problématique.

- **Interface avec le Programme-services Dépendances**

Élargissement de la collaboration entre le CJPC/MSG et les CSSS pour favoriser les interventions concomitantes (dont celles abus de substance/déficience physique) aux fins, notamment : d'améliorer la capacité de détecter l'abus de substance; l'accompagnement des clientèles pour faciliter l'accès aux services spécialisés en matière de dépendances; des arrimages à convenir pour intégrer davantage les expertises dans le sens des meilleures pratiques cliniques auprès des clientèles desservies par des services spécialisés de réadaptation en déficience physique.

- **Interface avec d'autres secteurs d'activités**

Recherche de moyens pour réduire les longs délais d'attente pour l'obtention de budgets de la Société d'habitation du Québec (SHQ), destinés à financer le coût des adaptations du domicile des personnes admissibles.

5.3 Les orientations régionales 2007-2010 : les priorités proposées

L'ensemble des enjeux précédemment énumérés n'ont pas tous été retenus dans les orientations qui suivent, bien que certains puissent demeurer des préoccupations¹²⁵. Ceux retenus concernent directement des éléments compris dans le Programme-services Déficience physique, à améliorer dans l'horizon 2007-2010.

¹²³ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Programme Services généraux Estrie 2005-2010*, novembre 2005, p. 35 et 36 pour orientations; p. 48 pour plan de mise en œuvre.

¹²⁴ Un continuum en orthopédie en voie d'être adopté devrait permettre une utilisation optimale des ressources disponibles.

<u>En regard de l’accessibilité</u> • L’organisation d’une première ligne renforcée qui est en mesure d’assumer la prestation de services spécifiques et un suivi qui contribuent au maintien dans le milieu de vie naturel et un soutien à l’intégration sociale des personnes ayant une déficience physique et ce, avec le concours de la deuxième ligne qui apporte son expertise en appui. Les axes à privilégier seraient : - o <i>Amélioration de l’accès aux services de première ligne;</i> - o <i>Consolidation des mesures d’accompagnement et de soutien à l’intégration et à la participation sociale en première ligne;</i> - o <i>Réduction des délais d’attente pour des services spécialisés de réadaptation.</i> <u>En regard de la continuité</u> • La consolidation des maillages existants pour un passage sans rupture (fluidité) et bidirectionnel, à l’intérieur d’un niveau de services et entre les niveaux de services (première et deuxième lignes), fondée sur une coordination de services interdisciplinaires en déficience physique, cohérents, complémentaires et hiérarchisés. Les axes à privilégier seraient : - o <i>Détermination de modalités de collaboration dans des zones où il y a des chevauchements en regard de services à rendre;</i> - o <i>Sélection et implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers (notamment : la fonction « guichet d’accès », un outil d’évaluation commun, le partage d’informations cliniques, la fonction « intervenant-pivot » le plan de services individualisés, etc.).</i> <u>En regard de la qualité</u> • Adaptation des pratiques du personnel qui contribuent à une meilleure intégration dans son milieu de vie et une participation sociale accrue de la personne ayant une déficience physique et ce, en conformité avec les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services.

5.4 Rappel des rôles et responsabilités

Dans le contexte d’implantation des projets cliniques, il est indiqué de faire un bref rappel des mandats dévolus aux différents partenaires. Nous en faisons ci-dessous une revue sommaire :

L’AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
Orientations régionales, ententes de services et suivi de gestion

- Élabore le Plan stratégique pluriannuel en collaboration avec les établissements et autres partenaires concernés;
- S’assure de l’implantation de la planification adoptée;
- Contribue à lever les obstacles rencontrés dans l’actualisation des mesures retenues;
- Soutient le développement de partenariats intersectoriels ;
- Assure le suivi de gestion du programme-services.

LES CENTRES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX
Accès à l’évaluation/orientation/intervention, accompagnement dans le réseau, suivi dans le milieu

- Coordonne le réseau local de services intégrés en déficience physique;
- Garantit localement l’accès aux services, peu importe le mode d’organisation du réseau local de services;
- Élabore avec ses partenaires le projet clinique en DP;
- Détermine une fonction « guichet d’accès » aux services spécifiques de 1^{re} ligne en DP (soutien à domicile, mesures de soutien financier, aides et fournitures spécialisés), aux services spécialisés de 2^e ligne et assure l’accompagnement de la personne dans le réseau;
- Assure la liaison et l’intervention conjointe avec ses partenaires locaux, principalement avec les médecins de familles et avec les services spécialisés de 2^e ligne;
- Instaure la fonction d’intervenant-pivot pour les personnes qui le requièrent et coordonne les PSI;
- Assure ou facilite l’accès à :

¹²⁵ Des enjeux en lien avec d’autres programmes-services pourront toutefois être retenus dans ces programmes-services (ex : accès à un médecin de famille pour les clientèles vulnérables dont les personnes ayant une déficience physique).

- l'évaluation, l'intervention et le suivi de 1^{re} ligne interdisciplinaire, en collaboration étroite avec les omnipraticiens et GMF du territoire;
- des interventions spécifiques ou de groupes avec certaines clientèles en collaboration avec la 2^e ligne;
- des milieux résidentiels et du soutien à domicile;
- Gère les budgets des mesures de soutien financier et des aides techniques et fournitures spécialisés.

LE CENTRE DE READAPTATION

Services spécialisés de réadaptation, de soutien, d'équipements compensatoires pour les personnes ayant une déficience physique

- Dispense l'ensemble des services spécialisés de réadaptation qui s'adressent à diverses catégories de personnes handicapées : les personnes ayant une déficience motrice; une déficience visuelle; une déficience auditive ou une déficience du langage;
- Gère à titre de mandataire de la RAMQ, l'ensemble des programmes d'aides compensatoires spécialisées pour les diverses clientèles susmentionnées;
- Offre des cliniques spécialisées d'évaluation (évaluation des capacités de travail, évaluation conduite auto, évaluation communication non orale);
- Assure la prestation de services spécialisés de soutien à l'intégration socioprofessionnelle et sociocommunautaire;
- Gère les ressources résidentielles non institutionnelles spécialisées (RI/RTF) et le mécanisme d'accès;
- Offre une expertise-conseil à l'ensemble des partenaires du réseau.

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Épisodes de soins, spécialités médicales, complexité de la problématique

- Assume ses mandats comme centre hospitalier local, régional et suprarégional :
 - hospitalisation (soins aigus et réadaptation précoce)
 - urgence;
 - cliniques spécialisées.
- Offre des services spécialisés ambulatoires pour des problématiques particulièrement complexes ou à faible masse critique;
- Rend disponible l'expertise aux autres intervenants du réseau: consultation/liaison.

LE CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GERIATRIE DE SHERBROOKE

- Dispense des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour les personnes de 65 ans et plus (à l'exclusion des accidentés de la route et des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral)

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN DEFICIENCE PHYSIQUE¹²⁶

Entraides, intégration personnelle et sociale

- Rôle important dans l'intégration et la participation sociale, notamment : soutien dans les activités favorisant le développement d'habiletés personnelles et sociales; soutien au logement, soutien civique;
- Activités d'information et de sensibilisation favorisant une meilleure connaissance de la problématique dans la population, soutien aux proches;
- Activités de jour : accueil, écoute, référence, accompagnement, assistance; activités sociales, culturelles et de loisirs; ateliers d'apprentissage, de formation et rencontres thématiques; dîners communautaires; groupes d'échange et d'entraide; journal interne; etc.

Distinction entre le soutien dans la communauté assuré par le réseau et les activités de soutien partagées par le communautaire :

- *Le soutien assumé par des établissements est une fonction reliée au suivi de la clientèle, qui inclut l'évaluation, l'accompagnement, la réadaptation et l'intégration sociale et vise le maintien dans la communauté et la participation sociale des personnes ayant une déficience physique. Il est généralement assumé par un intervenant du CSSS ou parfois du CRDP (lorsque la personne est dans une phase active de réadaptation) qui voit aussi à identifier les besoins de la personne et à lui assurer en temps opportun, l'accès aux différentes ressources qui peuvent y répondre ;*
- *D'autres contributions en matière de soutien à l'intégration et à la participation sociale, tout aussi importantes, sont attendues du secteur communautaire. Tous les organismes communautaires, et spécialement ceux de type « maintien dans le milieu de vie et soutien communautaire » proposent des activités diversifiées favorisant la croissance personnelle, le développement d'habiletés personnelles et sociales, l'intégration à des activités occupationnelles, le soutien civique à la personne ou à ses activités de vie domestiques (accompagnement dans les sorties, aide aux achats) en logement autonome. La demande d'assistance peut se faire directement par la personne ou dans le cadre d'un PSI avec les autres partenaires du réseau local de services.*

¹²⁶ Voir tableau 5, les organismes dédiés aux personnes ayant une déficience physique et ceux qui s'adressent aux personnes handicapées

6. ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes vise à prendre des mesures de l'actualisation des orientations régionales et nationales poursuivies. Des cibles à atteindre sont inscrites dans les **ententes de gestion Agence/Établissements**. La reddition de comptes s'effectue à travers le suivi des ententes de gestion et des attentes administratives, à partir de collectes de données portant sur les indicateurs retenus (système GESTRED ou autre) et l'analyse des écarts constatés ou non par rapport aux résultats à atteindre.

Nous rappelons ci-dessous, les objectifs visés et les indicateurs retenus en 2005-2006 et 2006-2007 en regard de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en déficience physique.

En regard de l'accessibilité

Pour les services de première ligne

- Améliorer l'accessibilité et la disponibilité de l'offre de service des services de soutien à domicile. (*D'ici 2010, offrir des services de soutien à domicile à 16,8 % des personnes ayant une déficience physique âgées de 15 à 64 ans - soit 1 % de plus que la moyenne nationale actuelle.*)
- Améliorer l'accès pour les familles recevant des services de soutien (répit-gardiennage) par allocation directe (*Avoir rejoint 6,5 % des familles en 2010 - soit 3 % de plus que la moyenne nationale actuelle.*)

Les indicateurs nationaux retenus pour apprécier l'évolution des volumes d'activités en fonction de la cible visée sont :

- 1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS.
- 1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

L'indicateur régional retenu à ce jour¹²⁷ concerne l'aspect suivant :

- R1.4.1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille est en attente pour les mesures de soutien aux familles et aux proches-aidants (répit-gardiennage).

Pour les services spécialisés

- Améliorer l'offre globale et l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice, une déficience visuelle, une déficience auditive, une déficience du langage (*D'ici à 2010, réduire à 0 le nombre de personnes en attente de services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, une déficience visuelle, une déficience auditive, une déficience du langage.*)

Les indicateurs retenus pour apprécier l'évolution des délais d'attente pour l'accès aux services spécialisés sont :

- 1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation.
- 1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation.
- 1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation.
- 1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience du langage recevant des services spécialisés de réadaptation.

Les indicateurs régionaux retenus à ce jour¹²⁸ concernent les aspects suivants :

- R1.4.1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille est en attente pour les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants
- R1.4.2 Nombre de personnes en attente d'un premier service de réadaptation au CRE
- R1.4.3 Délai moyen d'attente pour des services spécialisés de réadaptation au CRE
- R1.4.4 Nouveaux usagers recevant des services spécialisés de réadaptation au CRE

En regard de la qualité

Pour les services de première ligne

L'indicateur national retenu pour apprécier l'évolution de la prestation de services en fonction de l'atteinte de la cible est :

- 1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS, par usager (DP).

Pour les services spécialisés

Les indicateurs nationaux retenus sont en « développement » et visent à documenter le volume des services rendus en termes d'heures de prestation :

- E1.4A Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice.
- E1.4B Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle.
- E1.4C Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive.
- E1.4D Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage.

¹²⁷ Indicateurs régionaux sont actuellement en révision.

¹²⁸ Ibid.

7. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN AUX SERVICES

7.1 Enjeux des ressources humaines

De nombreux défis liés à la disponibilité des ressources humaines devront être relevés. Tous les partenaires seront aussi sollicités par les transformations de pratiques, sans oublier les personnes utilisatrices elles-mêmes et leurs proches.

• La planification de la main-d'œuvre – disponibilité des effectifs

Pour soutenir l'actualisation des orientations régionales en déficience physique, cela suppose une disponibilité d'effectifs ayant les qualifications requises tant en première qu'en deuxième ligne. Dès lors, un exercice de planification de la main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, s'avère nécessaire. La réponse à la pénurie de la main-d'œuvre anticipée dans le secteur de la réadaptation physique doit s'actualiser par l'innovation des façons de faire, et ce, dans un contexte de rareté des ressources tant humaines que financières.

L'Agence coordonne la Table des responsables des ressources humaines (TRRH) qui a pour mandat notamment de travailler sur les enjeux touchant la planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement et du personnel salarié. De plus, un plan régional de planification de la main-d'œuvre 2007-2012 doit être déposé au mois de juin 2007 en soutien aux actions locales.

Compte tenu des besoins en ressources humaines au niveau de tous les programmes-services à déployer et des contextes suivants :

- départs à la retraite d'une forte proportion de « baby-boomers » au cours des cinq prochaines années;
- départs en congé de maternité d'une forte proportion de jeunes de la « génération Y »;

la planification de main-d'œuvre devient une activité stratégique d'importance pour que le réseau soit en mesure de recruter les effectifs requis en déficience physique afin de soutenir l'offre de services de chacun des réseaux locaux et des établissements régionaux.

Les titres d'emploi suivants sont particulièrement touchés :

Secteur de la réadaptation physique

- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Audiologiste
- Spécialiste en orientation et mobilité
- Thérapeute en réadaptation physique

Secteur – Administration

- Cadre
- Hors cadre

Des données régionales récentes (2006) indiquent que la vulnérabilité est prioritairement reliée au potentiel de congés de maternité à prévoir plutôt qu'au potentiel de départs à la retraite.

De plus, voici d'autres catégories de personnel d'intervention du secteur de soutien à domicile visées par la planification de la main-d'œuvre (infirmier et infirmière, organisateur et organisatrice communautaire, auxiliaire familial et social et auxiliaire familiale et sociale, omnipraticien et omnipraticienne).

En résumé, afin de favoriser l'utilisation optimale des ressources disponibles, on vise en priorité l'organisation des processus de travail notamment dans le cadre des importants défis reliés à la mise en réseau des services en Estrie.

• Le développement des compétences professionnelles

Un autre enjeu incontournable au niveau des ressources humaines porte sur l'élaboration d'un plan de développement des compétences afin de soutenir les ressources humaines dans les transformations à venir. L'Agence a un rôle d'appui à la mise en place des orientations régionales adoptées pour les différents programmes-services et il en est de même pour le volet du développement des compétences.

Par ses mesures régionales, le plan régional de développement des compétences pour le programme-services en déficience physique permettra aux ressources humaines concernées, de consolider ou d'acquérir les connaissances, les habiletés et les attitudes requises à l'appropriation des approches privilégiées et des outils retenus au niveau régional (PSI, OÉMC, etc.) dans le programme-services DP. De même, une attention particulière devra être accordée à l'acquisition des compétences pour une réponse aux besoins prenant en compte les différenciations observées entre les hommes et les femmes.

Le plan régional de développement des ressources humaines en déficience physique (PDRH-DP) devra aussi favoriser la participation des intervenantes et des intervenants des autres programmes-services en interface ainsi que des ressources RI-RTF, des organismes communautaires et autres organismes concernés. Cette association multisectorielle aidera à développer un langage commun ainsi qu'une compréhension partagée des interventions et des outils privilégiés en Estrie.

Présentement, le volet de développement des compétences pour le programme en DP ne dispose d'aucun budget régional spécifique. Lors du processus d'allocation des budgets annuels pour ce programme, un budget spécifique devra être prévu pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un « Plan régional de développement des ressources humaines-2008-2013. »

Suite à l'adoption des orientations régionales et des projets cliniques des RLS des différents territoires estriens, un comité de travail régional « PDRH-DP » sera mis sur pied. Son mandat sera d'identifier les besoins en développement des compétences spécifiques à ce programme-services et les mesures à actualiser (formation, coaching, mentorat, etc.) afin d'assurer les changements de pratiques nécessaires à la mise en place des approches, pratiques et outils retenus par les différentes instances locales et régionales.

7.2 Enjeux du soutien informatique et informationnel

Les systèmes d'information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens dans la prestation des services et dans les liaisons avec les partenaires. De plus, ils apportent des informations de gestion très utiles à l'organisation de ces soins et services.

Au plan clinique, on constate que le soutien informatique aux intervenants en déficience physique qui travaillent en maillage étroit avec leurs partenaires est très inégal d'un établissement à un autre. Un fonctionnement en réseau commande l'accès à des modalités de communication rapides, fiables et sécurisées, notamment via le courrier électronique.

Depuis mars 2004, la région de l'Estrie travaille sur l'élaboration d'un vaste plan régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE). Une partie importante de la première phase est en préparation et devrait se terminer en avril 2007. Les différents programmes-services pourront éventuellement miser sur une plate-forme d'échange d'informations cliniques couvrant principalement les volets suivants : laboratoires, imagerie, histoire biopsychosociale, les demandes de services (références) et le registre de vaccination.

L'objectif principal du PRIE est de faire circuler l'information en temps réel en rendant disponibles, par exemple, les résultats de laboratoire et d'imagerie médicale, en mode rapide et en mode électif aux divers personnels concernés. De même, le volet de demandes de service permettra les références aux autres personnels professionnels. Ainsi, le suivi des services rendus et le retour d'information seront possibles par l'intégration au dossier patient partageable régionalement, ce qui constitue la base du PRIE.

Par ailleurs, l'Estrie dispose actuellement de quelques systèmes d'information pouvant, en partie du moins, supporter les activités du programme en déficience physique. Notons cependant que ces systèmes communiquent peu ou pas les uns avec les autres. C'est la mise en œuvre d'une première phase du « plan régional d'informatisation de l'Estrie » (PRIE) qui amènera une certaine intégration de ces applications, tout en respectant le consentement des clients et en protégeant leur vie privée. Ce plan a comme objectif principal de faciliter la circulation d'informations cliniques par la mise en place d'un dossier clinique partageable au niveau régional, selon les modalités prescrites par le cadre légal en vigueur. Un exercice d'arrimage entre le plan régional et le plan d'informatisation provincial est en cours présentement afin de créer une complémentarité des actions.

Les principaux systèmes d'information pertinents au programme en déficience physique et actuellement disponibles sont, au niveau clinico-administratif :

- Le système GESTRED, monitoré par le MSSS, qui permet de suivre certains indicateurs nationaux reliés aux ententes de gestion et alimenté par : le système d'information **I-CLSC** (CSSS) et le système **Info-Réadapt** (CRDP);
- Le système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) est déployé dans tous les établissements gestionnaires de ressources non institutionnelles (CRDP pour les ressources dédiées en déficience physique). Une passerelle est depuis peu déployée pour que les agences disposent de l'information pertinente sur les places disponibles et l'utilisation des ressources non institutionnelles de la région;
- D'autres systèmes d'information clientèle sont utilisés dans les établissements en lien avec des personnes ayant une déficience physique, notamment :
 - Système d'information clientèle Collaborative Care (SIC-CC) utilisé par le CHUS et le CRE comme banque de données cliniques communes pour des clientèles ciblées;
 - Système d'information gérontogériatrique (SIGG) utilisé pour des personnes admissibles au RISPA;
 - Système d'information de gestion des aides techniques (SIGSAT);
 - Les GMF ont accès aux résultats de laboratoire, via le laboratoire situé dans leur MRC ou via les solutions des firmes Purkinje et Omni-Med;
 - Certaines cliniques privées ont accès, via la solution Omni-Med aux résultats de laboratoire du CHUS.

N. B. Un nouveau système d'information clientèle : le SIC-DP, est actuellement en cours de développement.

À signaler enfin la « téléadaptation » mise en place, qui permet des consultations en temps réel avec des experts des établissements avec des mandats de services surspécialisés (3^e ligne).

En bref, pour soutenir l'actualisation des orientations régionales en déficience physique, les développements mentionnés au niveau des ressources informatiques et informationnelles vont constituer des leviers pour faciliter les communications et ainsi soutenir une intégration accrue des interventions.

7.3 Enjeux des communications

Responsabilités de l'Agence, en collaboration avec les CSSS et les autres partenaires :

- Faire connaître les orientations ministérielles et régionales en regard du Programme-services Déficience physique;
- Soutenir, à leur demande, les CSSS pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication visant à informer la population des MRC des services disponibles en déficience physique et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services;
- Soutenir les CSSS dans l'actualisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), dans l'élaboration et la réalisation de leur plan de communication respectif (ex. : choix du public cible, choix des moyens de communication, contenu présenté, style de langage, etc.).

Responsabilités des CSSS, en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires :

Élaborer et réaliser un plan de communication dans chaque MRC afin, notamment :

- de faire connaître à la population de leur MRC leur projet clinique en regard de la déficience physique;
- d'informer leur population sur les services disponibles et les modalités d'accès et de fonctionnement de ces services.

7.4 Enjeux du financement

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Le nouveau mode d'allocation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La nouvelle démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui pondère la population par un indicateur de besoin et qui considère certaines caractéristiques régionales à l'intérieur de chacun des programmes-services.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme-services, à l'aide du contenu financier, et estimé une dépense attendue également par programme, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme-services et globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un écart positif de 1,5 M \$ pour le programme « **Déficience physique** » par rapport à la richesse moyenne des autres régions du Québec. Pour l'année 2006-2007, un budget de développement a été alloué à ce programme-services en fonction des priorités nationales et régionales. Ce budget a été de 54 728 \$ en 2006-2007, annualisé à 118 326 \$.

Conclusion et perspectives

Les principaux défis à relever pour les prochaines années toucheront aux différentes composantes de **la mise en réseau des services** (intégration normative, intégration fonctionnelle, intégration clinique). Le Programme-services Déficience physique ne fait pas exception. Voilà pourquoi, les orientations régionales qui seront retenues doivent concourir à l'atteinte des résultats suivants :

- Une organisation de services encore plus cohérente, complémentaire et coordonnée;
- Un partenariat efficace et stimulant;
- Des approches cliniques novatrices et une programmation des activités basées sur les données probantes d'évaluation et les paramètres éventuels résultant des travaux en cours pilotés par le MSSS;
- Une utilisation optimale des ressources disponibles;

- Une approche d’humanisation des soins et services qui se répercute dans les interactions avec les personnes utilisatrices, leurs proches et les partenaires, et dans les choix organisationnels.

PARTIE III :
Plan régional de mise en œuvre
2007-2010

8. PLAN RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE 2007-2010

Un des mandats de l’Agence est d’élaborer un plan stratégique pluriannuel, en mettant à contribution les établissements et les autres partenaires. Ce plan doit contenir :

- La vision régionale, en fonction d’une connaissance de l’état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
- Les objectifs poursuivis concernant l’amélioration de la santé et du bien-être de la population, de l’organisation et de la gestion des services;
- Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
- Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à sa mise en œuvre;
- Les modalités de soutien aux établissements dans l’organisation des services et au niveau des arbitrages nécessaires pour garantir l’accès, la continuité des services et la gestion efficace et efficiente des ressources;
- Le recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l’égard de l’organisation des services et des résultats obtenus.

Le plan de mise en œuvre¹²⁹ comporte :

- Un état de situation sommaire;
- Des actions à poser par l’Agence conformes à son mandat qui peuvent contribuer à l’atteinte de certains résultats;
- Des conditions qui pourraient faciliter ou appuyer les actions à entreprendre.

Cependant ce plan de mise en œuvre n’est pas encore un plan d’action détaillé puisqu’il faut attendre l’aboutissement des travaux sur le projet clinique menés par les CSSS et celui de leurs échanges avec les établissements régionaux.

À ce stade-ci, il s’agit donc plutôt d’un aperçu sommaire d’actions envisagées à initier en fonction de l’atteinte de résultats spécifiques dans le cadre des orientations retenues. L’Agence aura à préciser plus tard le détail des actions qu’elle entend initier et convenir avec ses partenaires des contributions attendues.

Rappel des priorités 2007-2010

Accessibilité • Amélioration de l’accès aux services de première ligne; • Consolidation des mesures d’accompagnement à l’intégration et à la participation sociale en première ligne ; • Réduction des délais d’attente pour des services spécialisés de réadaptation. Continuité Au niveau de la coordination des services entre la première et la deuxième ligne : • Détermination de modalités de collaboration dans des zones où il y a des chevauchements en regard de services à rendre • Sélection et implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers (notamment : la fonction « guichet d’accès », un outil d’évaluation commun, le partage d’informations cliniques, la fonction « intervenant-pivot » le plan de services individualisés, etc.) Qualité Adaptation des pratiques du personnel qui contribuent à une meilleure intégration dans son milieu de vie et une participation sociale accrue de la personne ayant une déficience physique et ce, en conformité avec l’exercice de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.
--

¹²⁹ À signaler que seuls les éléments reliés aux priorités retenues sont repris dans le plan de mise en œuvre.

ORIENTATIONS EN REGARD DE L’ACCESSIBILITÉ :

- Amélioration de l’accès aux services de première ligne;
- Consolidation des mesures d’accompagnement à l’intégration et à la participation sociale en première ligne ;
- Réduction des délais d’attente pour des services spécialisés de réadaptation.

• Amélioration de l’accès aux services de première ligne

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L’AGENCE	CONDITIONS FAVORABLES
Services généraux : Les personnes aux prises avec une déficience physique n’ont pas toutes accès à un médecin de famille.	Voir Programme Services généraux S’assurer que les personnes les plus vulnérables (en grand besoin) et « orphelines » puissent avoir accès en priorité à un médecin de famille, notamment lorsqu’une concertation de services dans le cadre d’un PSI est mise en œuvre.	Voir Programme Services généraux Priorisation par le DRMG, incluant un soutien spécifique s’il y a lieu par le biais d’AMP pour certaines activités ciblées en déficience physique.
Services spécifiques Des délais d’attente trop longs pour la prestation de services spécifiques en première ligne sont susceptibles d’épuiser les proches-aidants (particulièrement les parents d’enfants) ou de remettre en cause le maintien à domicile. Des usagers ont atteint ou dépassent le requis de service offert par les services de soutien à domicile.	• Initier une normalisation (nombre de personnes, délai moyen d’attente, services offerts durant l’attente) dans I-CLSC de la collecte des données des personnes en attente pour ce type de services. (Détermination de standards régionaux); • Monitorer dans l’intervalle les délais d’attente en première ligne à partir des données disponibles. • Assurer que des mesures temporaires soient prévues entretemps pour minimiser les effets négatifs pour les personnes en attente de services et leur entourage. • Soutenir une démarche visant à se doter de balises régionales sur un seuil critique d’offre maximale de services SAD et d’alternatives de rechange.	• Ajustement financier pour tenir compte du faible roulement de la clientèle et de l’entrée continue de nouvelles demandes; • Processus de réévaluation périodique du besoin.

• <i>Amélioration de l'accès aux services de première ligne</i>		
<i>ÉTAT DE SITUATION</i>	<i>ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE</i>	<i>CONDITIONS FAVORABLES</i>
Délais d'attente prolongés après évaluation en vue d'obtenir l'allocation budgétaire de la Société d'habitation du Québec pour financer les coûts d'adaptation du domicile.	- Dresser un état de situation régional pour les années 2005-2006 et 2006-2007 (nombre d'utilisateurs et délais d'attente); - Proposer, s'il y a lieu, des mesures correctives et faire des représentations auprès de la Société d'habitation du Québec.	

• <i>Consolidation des mesures d'accompagnement et de soutien à l'intégration et à la participation sociale en première ligne</i>		
<i>ÉTAT DE SITUATION</i>	<i>ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE</i>	<i>CONDITIONS FAVORABLES</i>
Le soutien dans la communauté et le soutien à l'intégration sociale disponibles en première ligne demeure encore insuffisamment documentés.	Soutenir les démarches visant à dresser un portrait de la clientèle desservie et des services rendus dans les territoires de CSSS.	Partage et analyse des données interétablissements (1 ^{re} et 2 ^e lignes) et avec les organismes communautaires concernés.

• <i>Réduction des délais d'attente pour des services spécialisés de réadaptation</i>		
<i>ÉTAT DE SITUATION</i>	<i>ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE</i>	<i>CONDITIONS FAVORABLES</i>
Les délais d'attente peuvent entraîner des conséquences préjudiciables d'abord pour les usagers (spécialement les enfants) et leurs proches; ils peuvent aussi provoquer des débordements en première ligne et un accroissement de consommation dans d'autres programmes-services qui doivent pallier dans l'intervalle.	- Poursuivre le monitoring des délais d'attente pour les services spécialisés de réadaptation; - Soutenir le développement et l'implantation par les services spécialisés de réadaptation d'une nouvelle façon de desservir les clientèles, en priorité, les enfants et les jeunes; - S'assurer que des mesures d'évaluation-conseil sont toujours disponibles pour les situations de crise; - Suivre l'évolution des travaux pilotés par le MSSS relatifs aux délais d'attente maximums.	- Ajustement financier selon les secteurs priorités du MSSS; - Protocoles de référence vers les services de deuxième ligne; - Des critères et des codes de priorisation qui sont connus de la première ligne.

ORIENTATIONS EN REGARD DE LA CONTINUITÉ :

Au niveau de la coordination des services entre la première et la deuxième ligne :

- Détermination de modalités de collaboration dans des zones où il y a des chevauchements en regard de services à rendre
- Sélection et implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers (notamment : la fonction « guichet », un outil d’évaluation commun, le partage d’informations cliniques, la fonction « intervenant-pivot » le plan de services individualisés, etc.)

• La détermination de modalités de collaboration dans des zones où il y a des chevauchements en regard de services à rendre

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L’AGENCE	CONDITIONS FAVORABLES
Il y a certaines situations où il peut y avoir des chevauchements entre la première et la deuxième ligne, notamment : celle d’une personne handicapée à domicile ayant connu une diminution de son autonomie fonctionnelle (en raison d’une atteinte dégénérative); une demande pour une adaptation du milieu de résidence.	Soutenir une démarche visant à : • préciser des modes de collaboration pour une utilisation concertée et optimale des ressources; • préciser des critères de transfert de la première à la deuxième ligne et vice-versa; N.B. À circonscrire à certains groupes cibles (groupes d’âge et problématique) et situations (ex. : suivi psychosocial). • s’assurer d’une compréhension commune de la hiérarchisation des services et des modalités/critères d’accès, pour orienter la bonne personne au bon endroit, au bon moment; • mettre à jour l’entente régionale en orthophonie en vue d’inclure des groupes non identifiés en 2000.	• Protocoles de référence entre la première et la deuxième ligne; • Modalités de transfert de la deuxième ligne vers la première ligne (notamment lorsque la demande initiale de services a été faite à partir de la deuxième ligne) et vice-versa.

• Sélection et implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L’AGENCE	CONDITIONS FAVORABLES
• L’état de la situation en Estrie confirme qu’il reste du travail à faire pour améliorer la fluidité dans le réseau de services en déficience physique, notamment pour :	Soutenir la mise en place des réseaux locaux de services intégrés en Déficience physique et l’arrimage avec la deuxième ligne au niveau de :	Mobilisation et concertation des partenaires. Ententes de services formalisées et processus convenus.

• *Sélection et implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers*

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS FAVORABLES
- assurer que la personne utilisatrice et ses proches circulent facilement dans le réseau sans avoir à se débattre pour avoir accès à des services ou à subir de multiples évaluation; - consolider des rôles ainsi que des trajectoires de services et mettre en place les moyens pour soutenir cette coordination.	L'intégration organisationnelle. • bonification des ententes de services, coordination interétablissements/organismes, mécanismes de liaison bien identifiés, connaissance mutuelle des intervenants et des offres de service respectives. L'intégration clinique • protocoles cliniques, coordination clinique, mécanismes de référence et de concertation clinique, modalités de communication, outils et protocoles communs (PSI, OÉMC, formations communes). N.B. Application à circonscrire à certains groupes cibles.	

• *Orientation en regard de la qualité*

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS FAVORABLES
L'exercice de la responsabilité populationnelle va bien au-delà de la référence vers des services spécialisés. Elle implique un accompagnement et suivi dans la recherche d'une intégration optimale de la personne handicapée.	Soutenir des démarches favorisant une adaptation des pratiques du personnel de 1^{re} ligne et de 2^e ligne.	Bonne compréhension de la portée de l'exercice de la responsabilité populationnelle. Vision des capacités de la personne handicapée (appropriation du modèle « Processus de production du handicap » (PPH).

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Programme Services généraux – Estrie - 2005-2010*, Sherbrooke, novembre 2005, 84 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Trousse d'information, novembre 2004.
- BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Portrait de situation des orientations ministérielles 1995*, Québec 2002.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Québec, 1995, 87 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Les orientations ministérielles en déficience physique - Objectifs 2004-2009 : Pour une véritable participation à la vie de la communauté*, Québec, 2003, 93 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Politique de soutien à domicile : Chez soi : le premier choix*, Québec 2003, 43 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *L'Architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes soutien*, janvier 2004.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Configuration des programmes-services au 1^{er} avril 2004*.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Service des personnes handicapées, Balises pour définir l'offre de service et le projet clinique pour la clientèle du Programme-services Déficience physique*, janvier 2006. Document de travail, 5 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Continuum intégré des services en déficience physique*, novembre 2000, 70 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Plan d'action régional en déficience physique 2003-2006*, octobre 2003, 33p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007*.
- Secrétariat à l'Action Communautaire Autonome. *Politique gouvernementale « L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec »*, septembre 2001.

ANNEXES

DEFINITION DES TERMES

Déficiencia

« Une déficiencia física correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique ». ¹³⁰

Incapacité

« Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude ¹³¹ ».

Au regard du Programme-services en déficiencia física, une aptitude est « la possibilité qu'a une personne d'accomplir une activité physique ou mentale » ¹³².

La liste des aptitudes selon le processus de production du handicap (PPH) ¹³³

Aptitudes reliées aux activités motrices

- Aptitudes reliées aux mouvements et au maintien de positions corporelles :
 - mouvements réflexes : l'aptitude à avoir une réaction automatique, involontaire, immédiate d'une partie du corps à un stimulus;
 - position statique posturale : l'aptitude à maintenir une position globale;
 - mouvements volontaires des parties du corps : l'aptitude à bouger les parties du corps;
 - mobilité : l'aptitude à mouvoir tout le corps dans l'espace;
 - activités manuelles : l'aptitude à utiliser ses mains;
 - praxies : l'aptitude à exécuter, sur ordre, des gestes orientés vers un but déterminé, les mécanismes d'exécution étant conservés.

Aptitudes reliées à la vision

- Aptitudes à percevoir la lumière, les couleurs et les formes.

Aptitudes reliées à l'audition

- Aptitudes à percevoir les stimuli sonores (les sons, la parole, les bruits et la musique).

Aptitudes reliées au langage

- Aptitudes à communiquer par le corps, la parole, l'écriture :
 - la parole : l'aptitude à produire des sons qu'ils soient soutenus ou successifs de telle sorte qu'ils constituent une chaîne articulée distincte et modulée;
 - l'expression : l'aptitude à émettre un message pour exprimer sa pensée ou ses sentiments;
 - la compréhension : l'aptitude à comprendre et à interpréter un message;
 - la métalinguistique : l'aptitude à réfléchir, à porter un jugement sur les différentes composantes du langage et sur ses différentes modalités d'expression et de compréhension.

Significative

Bien que la déficiencia puisse être significative en elle-même, ce sont plutôt les effets de la déficiencia qui se traduisent par des incapacités, que l'on peut qualifier de significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie.

Persistante

Une incapacité est persistante lorsqu'elle n'est pas temporaire.

Épisodique

Une incapacité est dite épisodique lorsqu'elle « revient périodiquement à intervalles réguliers ¹³⁴ ».

La notion d'incapacité épisodique implique en soi une persistance dans le temps.

¹³⁰ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH), *Classification québécoise : processus de production du handicap*, Lac Saint-Charles, Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH, 1998, p. 34.

¹³¹ *ibid* p. 35.

¹³² *ibid* p. 35.

¹³³ Il s'agit d'une liste incomplète qui ne traite que des aptitudes reliées à la clientèle cible du Programme en déficiencia física. Cette liste est tirée du document produit par le RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP, *op.cit.* p. 74-97.

¹³⁴ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, Paris, Larousse, 1997.

Activités courantes et rôle social

Les activités courantes et le rôle social sont définis comme les « activités quotidiennes ou courantes ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle), qui assurent sa survie et son épanouissement dans la société tout au long de son existence¹³⁵ »

¹³⁵ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH), *op.cit.*, p. 36.

PETIT LEXIQUE DES CRITÈRES DE RECONNAISSANCE DES DÉFICIENCES

DÉFICIENCE PHYSIQUE

La clientèle peut présenter l'une des déficiences suivantes : une déficience motrice, une déficience auditive, une déficience visuelle, une déficience du langage ou de la parole.

La déficience motrice

« Toute personne qui présente des troubles ou des séquelles d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur appartenant à l'une des huit catégories suivantes : encéphalopathie, myélopathie, myopathie, arthropathie, neuropathie, atteinte du système nerveux central, autres affections à l'origine des déficiences physiques ou ayant comme conséquences des incapacités significatives et persistantes pour la personne sur le plan moteur »; ou des séquelles au plan cognitif.

Les sous-catégories de la déficience motrice

1. Les affections responsables des lésions cérébrales (les encéphalopathies, les atteintes du système nerveux central)
 - les DMC (déficits moteurs cérébraux) tels l'infirmité motrice cérébrale et la paralysie cérébrale;
 - les traumatismes craniocérébraux;
 - les AVC (accidents vasculaires cérébraux);
 - les encéphalites;
 - la sclérose en plaques;
 - l'ataxie de Friedreich;
 - la maladie de Parkinson;
 - la chorée de Huntington;
 - etc.
2. Les affections responsables de lésions médullaires ou neuromusculaires (les myélopathies, les myopathies, les neuropathies, les myasthénies)
 - la poliomyélite;
 - l'amyotrophie spinale infantile;
 - le spina-bifida;
 - les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégie et tétraplégie)
 - le syndrome du Guillain-Barré
 - la dystrophie de Duchenne/Becker;
 - les autres myopathies;
 - etc.
3. Les affections responsables de lésions ostéo-articulaires (arthrose, arthrites, perte d'intégrité)
 - les amputations;
 - les pieds bots;
 - la scoliose;
 - la polyarthrite;
 - les arthroses invalidantes des membres inférieurs;
 - etc.

La déficience auditive

« Toute personne qui présente une diminution persistante de l'acuité auditive à l'une ou l'autre oreille d'au moins 20 db HI en moyenne, pour les enfants, sur trois des quatre fréquences suivantes : 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz et d'au moins 25 db HI aux mêmes fréquences pour les adultes, des troubles auditifs d'origine centrale, des acouphènes ou une limitation dans la

capacité de percevoir un stimulus sonore (son, bruit, musique, parole) au point de connaître des obstacles à son développement ou à son intégration sociale, professionnelle, familiale et scolaire. »¹³⁶

La déficience visuelle

« Toute personne qui, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à + 4,00 dioptrie, a une acuité visuelle de chaque œil inférieure à 6/21 (20/70), ou dont le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60 degrés dans les méridiens 180 degrés ou 90 degrés et qui, dans l'un ou l'autre cas, est inapte à lire, écrire ou à circuler dans un environnement non familial. »¹³⁷

La déficience du langage

« Les personnes ayant une déficience du langage et de la parole sont celles dont la déficience est conséquent à des troubles d'ordre neurologique (tels que l'aphasie, la dysphasie ou l'audi-mutité, la dysfonction cérébrale) entraînant des incapacités significatives et persistantes au niveau de la communication. Ces personnes sont susceptibles de vivre des situations de handicap et nécessitent des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation.»¹³⁸

¹³⁶ L.R.Q., c.a.-29 par. h.2; c.a.-29, r.0.02, *Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, tiré de l'AERPQ. *Rôle et orientations des établissements de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique au Québec*. Août 2000.

¹³⁷ L.R.Q., c.a.-29a.3, 6^e al. et 69, 1^{er} al., par. n.1, *Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, tiré de l'AERPQ. *Rôle et orientations des établissements de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique au Québec*. Août 2000.

¹³⁸ FRDPQ (1993). *Clientèle des personnes ayant une déficience du langage et de la parole des établissements de réadaptation*.

Prévalence de la déficience physique en Estrie

Michel Carbonneau,
agent de planification, de programmation et de recherche
Service soutien méthodologique et évaluation
Direction de santé publique et de l'évaluation

Décembre 2006

Les commentaires et les demandes de renseignements relativement à ce document peuvent être adressés à :

Michel Carbonneau, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique et de l'évaluation
Agence de la santé et de services sociaux de l'Estrie
300 rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 829-3400, poste 42558
Télécopieur : 819 569-8894
Courriel : mcarbonneau.agence05@ssss.gouv.qc.ca

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Déficience physique 3

Déficience auditive 7

Déficience visuelle 9

Déficience motrice 11

Déficience liée au langage 14

INTRODUCTION

Le présent document estime la prévalence en Estrie de la déficience physique (DP) selon les résultats¹ de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités* (EPLA) de 2001^{2 3} et, lorsque possible, selon les chiffres de la Régie des rentes du Québec⁴ (RRQ).

Les données estimées pour 2006 et 2011 sont ventilées selon les groupes d'âge visés par le programme-services DP et présentées pour l'ensemble de l'Estrie et par territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS).

Pour la déficience physique prise dans son ensemble et, par la suite, pour chaque type de déficience, soit auditive, visuelle, motrice et liée au langage et à la parole, nous présentons quelques constats et mises au point sur la prévalence des populations atteintes ainsi que les estimations des clientèles cibles sous forme de tableaux.

1. Les résultats de l'EPLA disponibles ne sont pas toujours différenciés selon le sexe.
2. STATISTIQUE CANADA (2002). Profil de l'incapacité au Canada en 2001 - Tableaux, Ottawa, no 89-579-XIF au catalogue, décembre, 77 p.
3. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.
4. Ces chiffres proviennent du fichier des enfants bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé.

DEFICIENCE PHYSIQUE

Quelques constats

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans ses orientations en déficience physique⁵ retient la définition suivante en regard des personnes ayant une déficience physique :

« Personnes de tous âges dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque, selon toutes probabilités, d'entraîner des **incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques)** reliées :

- » à l'audition,
- » à la vision,
- » au langage,
- » ou 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. »

Par déficience, on entend une atteinte physique majeure ayant un **impact permanent** amenant des incapacités significatives et persistantes.

- Étant donné la définition de la déficience physique retenue par le MSSS, la notion d'incapacité devient fondamentale et sert de mesure épidémiologique de la déficience.

L'EPLA de 2001, comme plusieurs enquêtes précédentes de même nature, utilise la notion d'incapacité pour estimer le nombre de personnes handicapées. Toutefois, contrairement aux enquêtes précédentes, l'EPLA se fonde sur une nouvelle définition de l'incapacité⁶ qui conçoit l'incapacité davantage dans une **perspective fonctionnelle qui tient compte des facteurs de l'environnement**. Selon ce cadre théorique, les personnes ayant des incapacités (personnes handicapées) sont celles qui affirment avoir de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne ou qui signalent qu'un trouble physique ou psychique ou un problème de santé les restreint dans leurs activités⁷.

- Les incapacités temporaires sont exclues de la notion de déficience physique retenue par le MSSS. Ce type d'incapacité est couvert par un autre programme-services (soins généraux).
- Lorsque l'EPLA est utilisée comme source de données, les personnes avec incapacité permanente d'un niveau de gravité modéré à très grave sont celles qui sont retenues pour estimer la clientèle potentielle du programme-services DP. Nous posons l'hypothèse que les personnes qui présentent ce niveau d'incapacité permanente sont celles qui, généralement, amènent ou risquent d'amener des demandes de services de réadaptation courants, spécialisés ou surspécialisés.
- L'EPLA estime que **1,6 % de la population en ménage privé au Québec⁸ (2,1 % des garçons et 1,0 % des filles) âgée de moins de 15 ans présente des incapacités permanentes modérées à très graves. Chez les personnes de 15 à 64 ans, ce taux s'élève à 4,8 % (4,6 % des hommes et 4,9 % des femmes). Chez les personnes de 65 ans et plus, le taux est de 18,4 % (15,8 % des hommes et 20,3 % des femmes)⁹.**

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : orientations ministérielles en déficience physique, objectifs 2004-2009*, Québec.

6. L'EPLA se fonde sur la nouvelle Classification internationale du fonctionnement, des handicaps et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé.

7. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

8. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence par région sociosanitaire.

9. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

- Lorsque la source de la prévalence provient de la RRQ, c'est-à-dire du fichier des enfants bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé, la notion de handicap chez les jeunes est celle définie par la RRQ dans son règlement sur les allocations d'aide aux familles (RRQ, chapitre A-17, r.1). Toutefois, **les enfants handicapés pour une condition de déficience mentale sont exclus des enfants handicapés pour cause de déficience physique.**

Nombre d'enfants âgés de 17 ans ou moins bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé à cause d'une déficience physique selon le sexe, CSSS et Estrie, au 31 décembre 2005

Territoire	Fille	Garçon	Total
Le Granit	7	23	30
Les Sources	6	11	17
Le Haut Saint-François	10	21	31
Le Val-Saint-François	28	31	59
Ville de Sherbrooke	117	114	231
Coaticook	12	19	31
Memphrémagog	28	30	58
Estrie	208	249	457

Note : Déficience physique = déficience auditive, chronique, motrice ou visuelle.

Source : Régie des rentes du Québec.

Nombre estimé de personnes en ménage privé âgées de 17 ans ou moins ayant une incapacité modérée à très grave selon le sexe, CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	Fille	Garçon	Total
2006			
Le Granit	22	49	71
Les Sources	13	28	41
Le Haut Saint-François	22	51	73
Le Val-Saint-François	30	67	97
Ville de Sherbrooke	147	323	470
Coaticook	21	46	67
Memphrémagog	42	91	133
Estrie	296	656	952
2011			
Le Granit	20	46	67
Les Sources	12	26	38
Le Haut Saint-François	20	46	66
Le Val-Saint-François	28	62	89
Ville de Sherbrooke	142	311	454
Coaticook	19	41	60
Memphrémagog	39	88	127
Estrie	280	621	901

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité permanente modérée à très grave, un taux de 1,6 % (2,1 % des garçons et 1,0 % des filles) a été appliqué à la population en ménage privé âgée de 17 ans ou moins. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité modérée à très grave proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002).

Nombre estimé de personnes en ménage privé âgées de 18 à 64 ans
ayant une incapacité modérée à très grave selon le sexe,
CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	Femme	Homme	Total
2006			
Le Granit	330	346	676
Les Sources	206	209	415
Le Haut Saint-François	323	337	660
Le Val-Saint-François	440	448	888
Ville de Sherbrooke	2 419	2 254	4 674
Coaticook	274	279	554
Memphrémagog	710	678	1 388
Estrie	4 702	4 551	9 253
2011			
Le Granit	337	355	691
Les Sources	202	204	406
Le Haut Saint-François	326	343	668
Le Val-Saint-François	445	447	892
Ville de Sherbrooke	2 468	2 308	4 776
Coaticook	276	282	558
Memphrémagog	734	700	1 435
Estrie	4 788	4 639	9 427

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité permanente modérée à très grave, un taux de 4,8 % (4,6 % chez les hommes et 4,9 % chez les femmes) a été appliqué à la population en ménage privé âgée de 18 à 64 ans. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité modérée à très grave proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

Nombre estimé de personnes en ménage privé âgées de 65 ans ou plus
ayant une incapacité modérée à très grave selon le sexe,
CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	Femme	Homme	Total
2006			
Le Granit	333	221	554
Les Sources	283	163	446
Le Haut Saint-François	310	226	536
Le Val-Saint-François	374	250	624
Ville de Sherbrooke	2 069	1 121	3 190
Coaticook	266	172	438
Memphrémagog	753	545	1 298
Estrie	4 390	2 696	7 085
2011			
Le Granit	375	261	636
Les Sources	297	180	476
Le Haut Saint-François	350	272	622
Le Val-Saint-François	424	300	724
Ville de Sherbrooke	2 371	1 372	3 743
Coaticook	289	202	491
Memphrémagog	920	685	1 606
Estrie	5 028	3 270	8 298

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité permanente modérée à très grave, un taux de 18,4 % (15,8 % chez les hommes et 20,3 % chez les femmes) a été appliqué à la population en ménage privé âgée de 65 ans ou plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité modérée à très grave proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

**Nombre estimé de personnes en ménage privé
ayant une incapacité modérée à très grave selon le sexe,
CSSS et Estrie, 2006, 2011**

Territoire	Femme	Homme	Total
2006			
Le Granit	685	616	1 301
Les Sources	501	401	902
Le Haut Saint-François	656	614	1 269
Le Val-Saint-François	844	765	1 609
Ville de Sherbrooke	4 635	3 698	8 334
Coaticook	561	497	1 059
Memphrémagog	1 504	1 314	2 818
Estrie	9 388	7 903	17 291
2011			
Le Granit	732	662	1 394
Les Sources	510	410	920
Le Haut Saint-François	696	661	1 357
Le Val-Saint-François	897	809	1 706
Ville de Sherbrooke	4 982	3 991	8 973
Coaticook	584	525	1 109
Memphrémagog	1 694	1 474	3 168
Estrie	10 095	8 530	18 626

Note :

Pour estimer le nombre total dans la population de personnes avec une incapacité permanente modérée à très grave, nous avons additionné les nombres estimés par groupe d'âge (0-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus). Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

DEFICIENCE AUDITIVE

Quelques constats

- La définition d'un enfant handicapé de l'ouïe inscrit au fichier de la RRQ est prescrite de la façon suivante au règlement sur les allocations d'aide aux familles¹⁰ :

« l'enfant qui, de façon permanente, est atteint à la meilleure oreille, d'une déficience auditive dont l'évaluation audiométrique, avant correction, révèle un seuil moyen d'acuité de 40 décibels ou plus – à la fréquence de 500, 1000 et 2000 hertz – et dont l'état nécessite la mise en place, après correction audioprothétique, de mesures spécialisées en matière de réadaptation, de rééducation ou de scolarisation ».
- L'EPLA¹¹ définit l'incapacité auditive chez les personnes âgées de 15 ans ou plus de la façon suivante :

« difficulté à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne, dans une conversation avec au moins trois personnes ou dans une conversation téléphonique ».
- L'EPLA¹² définit l'incapacité auditive chez les jeunes âgés de 14 ans ou moins de la façon suivante :

« difficulté à entendre ».
- L'EPLA estime que dans la population en ménage privé au Québec¹³, **0,2 % des 0 à 14 ans, 1,6 % des 15 à 64 ans et 9,8 % des 65 ans et plus présentent une incapacité auditive**¹⁴.

Nombre d'enfants âgés de 17 ans ou moins bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé à cause d'une déficience auditive, CSSS et Estrie, au 31 décembre 2005

Territoire	Nombre
Le Granit	0
Les Sources	1
Le Haut Saint-François	7
Le Val-Saint-François	3
Ville de Sherbrooke	24
Coaticook	4
Memphrémagog	5
Estrie	44

Note : Par respect de la confidentialité, les données n'ont pas été différenciées selon le sexe.

Source : Régie des rentes du Québec.

¹⁰. (RRQ, chapitre A-17, r.1)

¹¹. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

¹². BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

¹³. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence par région sociosanitaire. De plus, elle n'est pas disponible différenciée selon le sexe.

¹⁴. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

Nombre estimé de personnes en ménage privé
ayant une incapacité auditive selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	0-17 ans	18-64 ans	65 ans et +	Total
2006				
Le Granit	9	230	299	537
Les Sources	5	141	239	385
Le Haut Saint-François	9	223	289	521
Le Val-Saint-François	12	302	336	650
Ville de Sherbrooke	60	1 568	1 692	3 320
Coaticook	9	186	235	430
Memphrémagog	17	469	699	1 186
Estrie	122	3 118	3 788	7 028
2011				
Le Granit	8	235	344	587
Les Sources	5	138	255	398
Le Haut Saint-François	8	226	336	571
Le Val-Saint-François	11	303	391	705
Ville de Sherbrooke	58	1 602	1 989	3 650
Coaticook	8	188	264	460
Memphrémagog	16	485	867	1 368
Estrie	115	3 177	4 446	7 738

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité auditive, un taux de 0,2 %, 1,6 % et de 9,8 % a été appliqué respectivement à la population en ménage privé des 0-17 ans, 18-64 ans et des 65 ans et plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001 et ne sont pas disponibles différenciés par sexe. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité auditive proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

DEFICIENCE VISUELLE

Quelques constats

- La définition d'un enfant handicapé de la vue inscrit au fichier de la RRQ est prescrite de la façon suivante au règlement sur les allocations d'aide aux familles¹⁵ :

« l'enfant qui, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, a une acuité visuelle d'au plus 6/21 pour chaque œil, de même que celui dont le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60° dans les méridiens 180° et 90° ou qui utilise pour mieux voir des systèmes optiques spéciaux d'une puissance supérieure à +4,00 dioptries tels une loupe magnifiante ou un appareil télescopique ou télémicroscopique ».
- L'EPLA¹⁶ définit l'incapacité visuelle chez les personnes âgées de 15 ans ou plus de la façon suivante :

« difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne à une distance de 4 mètres (12 pieds) ».
- L'EPLA¹⁷ définit l'incapacité visuelle chez les jeunes âgés de 14 ans ou moins de la façon suivante :

« difficulté à voir ».
- L'EPLA estime que dans la population en ménage privé au Québec¹⁸, **0,2 % des 0 à 14 ans, 1,3 % des 15 à 64 ans et 6,9 % des 65 ans et plus présentent une incapacité visuelle**¹⁹.

Nombre d'enfants âgés de 17 ans ou moins bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé à cause d'une déficience visuelle, CSSS et Estrie, au 31 décembre 2005

Territoire	Nombre
Le Granit	1
Les Sources	0
Le Haut Saint-François	0
Le Val-Saint-François	6
Ville de Sherbrooke	8
Coaticook	0
Memphrémagog	2
Estrie	17

Note : Par respect de la confidentialité, les données n'ont pas été différenciées selon le sexe.

Source : Régie des rentes du Québec.

15. (RRQ, chapitre A-17, r.1)

16. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

17. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

18. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence par région sociosanitaire. De plus, elle n'est pas disponible différenciée selon le sexe.

19. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

Nombre estimé de personnes en ménage privé
ayant une incapacité visuelle selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	0-17 ans	18-64 ans	65 ans et +	Total
2006				
Le Granit	9	187	210	406
Les Sources	5	114	168	288
Le Haut Saint-François	9	181	203	394
Le Val-Saint-François	12	245	236	494
Ville de Sherbrooke	60	1 274	1 191	2 525
Coaticook	9	151	165	325
Memphrémagog	17	381	492	891
Estrie	122	2 534	2 667	5 322
2011				
Le Granit	8	191	242	442
Les Sources	5	112	180	297
Le Haut Saint-François	8	184	236	429
Le Val-Saint-François	11	246	275	533
Ville de Sherbrooke	58	1 302	1 401	2 761
Coaticook	8	152	186	346
Memphrémagog	16	394	610	1 021
Estrie	115	2 581	3 131	5 827

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité visuelle, un taux de 0,2 %, 1,3 % et de 6,9 % a été appliqué respectivement à la population en ménage privé des 0-17 ans, 18-64 ans et des 65 ans et plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001 et ne sont pas disponibles différenciés par sexe. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité visuelle proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

DEFICIENCE MOTRICE

Quelques constats

- La définition d'un enfant handicapé moteur inscrit au fichier de la RRQ est prescrite de la façon suivante au règlement sur les allocations d'aide aux familles²⁰ :

« l'enfant qui, de façon permanente, est atteint d'une déficience motrice grave qui nécessite la mise en place de mesures spécialisées en matière de réadaptation, de rééducation, de scolarisation ou de traitement. Une déficience motrice est grave dans l'un ou l'autre des cas suivants :

 - a) si, en dépit de l'aide de la technologie, elle entraîne pour l'enfant des limitations fonctionnelles de la mobilité, de la préhension ou de la coordination qui nécessitent quotidiennement une assistance humaine ou régulièrement un appareillage spécialisé, pour son alimentation, son habillage ou ses déplacements;
 - b) si, dans le cas d'un enfant d'âge préscolaire, l'évaluation de son développement moteur le situe en deçà du vingt-cinquième percentile ».
- L'EPLA²¹ ne possède pas dans sa classification des incapacités, un type d'incapacité qui correspond précisément à la notion de déficience motrice. Toutefois, cette enquête permet d'estimer respectivement la prévalence de l'incapacité due à la **mobilité** et celle due à l'**agilité**. L'EPLA définit ces deux derniers types d'incapacité de la façon suivante chez les personnes âgées de 15 ans ou plus.

Mobilité : « difficultés à marcher un demi-kilomètre ou à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches sans se reposer, à se déplacer d'une pièce à une autre, à transporter un objet de 5 kg (10 lb) sur une distance de 10 mètres (30 pieds) ou à se tenir debout pendant de longues périodes »

Agilité : « difficultés à se pencher, à s'habiller ou à se déshabiller, à se mettre au lit ou à en sortir, à se couper les ongles d'orteils, à utiliser ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction (au-dessus de sa tête, par exemple) ou à couper sa nourriture ».
- Chez les jeunes âgés de 5 à 14 ans, l'EPLA²² définit l'incapacité due à la **mobilité** de la façon suivante :

« difficulté à marcher sur une surface ferme et plane, comme un trottoir ou un plancher ».
- L'EPLA²³ définit l'incapacité due à la **dextérité** (agilité) chez les jeunes âgés de 5 à 14 ans de la façon suivante :

« difficulté à utiliser ses mains ou ses doigts pour saisir ou pour tenir de petits objets comme un crayon ou un ciseau ».
- L'EPLA estime que dans la population en ménage privé au Québec²⁴, **0,3 % des 5 à 14 ans, 1,2 % des 15 à 24 ans, 4,6 % des 25 à 44 ans et 22,2 % des 45 ans et plus présentent une incapacité liée à la mobilité**^{25,26}. L'enquête n'a pas mesuré cette prévalence chez les enfants de moins de 5 ans, étant donné qu'il est difficile d'identifier ce type d'incapacité chez les jeunes enfants.

20. (RRQ, chapitre A-17, r.1)

21. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

22. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

23. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

24. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence par région sociosanitaire. De plus, elle n'est pas disponible différenciée selon le sexe.

25. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

26. STATISTIQUE CANADA (2002). Profil de l'incapacité au Canada en 2001 - Tableaux, Ottawa, no 89-579-XIF au catalogue, décembre, 77 p.

Prévalence de la déficience physique en Estrie

- L'EPLA estime que dans la population en ménage privé au Québec²⁷, **0,7 % des 5 à 14 ans, 1,0 % des 15 à 24 ans, 4,2 % des 15 à 64 ans et 21,0 % des 65 ans et plus présentent une incapacité liée à l'agilité^{28,29}**. L'enquête n'a pas mesuré cette prévalence chez les enfants de moins de 5 ans, étant donné qu'il est difficile d'identifier ce type d'incapacité chez les jeunes enfants.

**Nombre d'enfants bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé
à cause d'une déficience motrice selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, au 31 décembre 2005**

Territoire	Nombre		
	0-4 ans	5-17 ans	0-17 ans
Le Granit	2	8	10
Les Sources	1	3	4
Haut Saint-François	2	7	9
Val-Saint-François	0	7	7
Ville de Sherbrooke	12	55	67
Coaticook	1	7	8
Memphrémagog	2	17	19
Estrie	20	104	124

Note : Par respect de la confidentialité, les données n'ont pas été différenciées selon le sexe.

Source : Régie des rentes du Québec.

**Nombre estimé de personnes en ménage privé ayant une incapacité
liée à la mobilité âgées de 5 ans ou plus selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, 2006, 2011**

Territoire	18-21 ans	5-17 ans	18-64 ans	65 ans et +	Total 5 ans et +
2006					
Le Granit	14	10	660	677	1 347
Les Sources	8	6	404	541	951
Le Haut Saint-François	13	11	642	654	1 307
Le Val-Saint-François	17	14	867	761	1 642
Ville de Sherbrooke	93	68	4 507	3 832	8 407
Coaticook	13	10	535	532	1 077
Memphrémagog	25	19	1 350	1 584	2 953
Estrie	184	138	8 965	8 581	17 685
2011					
Le Granit	14	9	675	780	1 464
Les Sources	8	5	396	579	980
Le Haut Saint-François	14	9	650	761	1 421
Le Val-Saint-François	18	13	871	885	1 768
Ville de Sherbrooke	102	64	4 606	4 507	9 177
Coaticook	13	8	539	599	1 147
Memphrémagog	27	18	1 395	1 963	3 376
Estrie	196	127	9 133	10 073	19 333

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité liée à la mobilité, un taux de 0,3 %, 1,2 %, 4,6 % et de 22,2 % a été appliqué respectivement à la population en ménage privé des 5-17 ans, 18-21 ans, 18-64 ans et des 65 ans et plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001 et ne sont pas disponibles différenciés par sexe. Une même personne peut présenter plus d'un type d'incapacité. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence auprès des moins de 5 ans. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Mise en garde :

L'application d'un taux théorique à un petit nombre de personnes peut induire une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité liée à la mobilité proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

27. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence par région sociosanitaire. De plus, elle n'est pas disponible différenciée selon le sexe.

28. BERTHELOT, Mikhaél, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

29. STATISTIQUE CANADA (2002). Profil de l'incapacité au Canada en 2001 - Tableaux, Ottawa, no 89-579-XIF au catalogue, décembre, 77 p.

**Nombre estimé de personnes en ménage privé ayant une incapacité
liée à l'agilité âgées de 5 ans ou plus selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, 2006, 2011**

Territoire	18-21 ans	5-17 ans	18-64 ans	65 ans et +	Total 5 ans et +
2006					
Le Granit	12	24	603	640	1 267
Les Sources	7	14	369	512	895
Le Haut Saint-François	11	26	586	619	1 230
Le Val-Saint-François	14	34	792	720	1 545
Ville de Sherbrooke	77	158	4 115	3 625	7 898
Coaticook	11	23	489	503	1 015
Memphrémagog	21	45	1 232	1 498	2 775
Estrie	153	323	8 185	8 118	16 626
2011					
Le Granit	11	22	616	737	1 375
Les Sources	7	13	361	547	922
Le Haut Saint-François	11	22	594	720	1 336
Le Val-Saint-François	15	30	795	837	1 662
Ville de Sherbrooke	85	149	4 206	4 263	8 618
Coaticook	11	20	493	567	1 079
Memphrémagog	22	41	1 274	1 857	3 172
Estrie	163	296	8 339	9 528	18 164

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité liée à l'agilité, un taux de 0,7 %, 1,0 %, 4,2 % et de 21,0 % a été appliqué respectivement à la population en ménage privé des 5-17 ans, 18-21 ans, 18-64 ans et des 65 ans et plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001 et ne sont pas disponibles différenciés par sexe. Une même personne peut présenter plus d'un type d'incapacité. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence auprès des moins de 5 ans. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Mise en garde :

L'application d'un taux théorique à un petit nombre de personnes peut induire une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité liée à l'agilité proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

DEFICIENCE LIEE AU LANGAGE

Quelques constats

- Les enfants atteints d'un handicap lié au langage ou à la parole ne sont pas couverts par le programme d'aide de la RRQ. Aucune donnée concernant ce type d'incapacité n'est donc disponible par le fichier des allocations familiales.
- Chez les personnes âgées de 5 ans ou plus, l'EPLA³⁰ définit l'incapacité liée à la parole de la façon suivante :

« difficulté à parler et/ou à se faire comprendre ».
- L'EPLA estime que dans la population en ménage privé au Québec, **1,2 % des jeunes de 5 à 14 ans** (1,6 % des garçons et 0,7 % des filles) **présentent une incapacité liée à la parole**³¹. **Chez les 15 à 64 ans et les 65 ans et plus, ce taux est respectivement de 0,9 % et de 3,1 %**³². L'enquête n'a pas mesuré cette prévalence chez les enfants de moins de 5 ans, étant donné qu'il est difficile d'identifier ce type d'incapacité chez les jeunes enfants.

Nombre estimé de personnes en ménage privé âgées de 5 ans ou plus
ayant une incapacité liée à la parole selon le groupe d'âge,
CSSS et Estrie, 2006, 2011

Territoire	5–17 ans			18-64 ans	65 ans et +	Total 5 ans et +
	Fille	Garçon	Total			
2006						
Le Granit	11	28	40	129	95	263
Les Sources	7	17	24	79	76	178
Le Haut Saint-François	12	30	43	126	91	260
Le Val-Saint-François	16	39	56	170	106	331
Ville de Sherbrooke	77	185	262	882	535	1 679
Coaticook	11	27	38	105	74	217
Memphrémagog	22	52	74	264	221	559
Estrie	157	379	536	1 754	1 198	3 489
2011						
Le Granit	10	26	36	132	109	277
Les Sources	6	15	21	77	81	179
Le Haut Saint-François	11	26	37	127	106	270
Le Val-Saint-François	14	35	49	170	124	343
Ville de Sherbrooke	73	174	247	901	629	1 778
Coaticook	9	23	33	106	84	222
Memphrémagog	20	49	69	273	274	616
Estrie	144	348	492	1 787	1 407	3 686

Note :

Pour estimer le nombre de personnes avec une incapacité liée à la parole, un taux de 1,2 % (1,6 % chez les garçons et 0,7 % chez les filles), 0,9 % et 3,1 % a été appliqué à la population en ménage privé âgée respectivement de 5 à 17 ans, 18 à 64 ans et 65 ans et plus. Ces taux proviennent de l'EPLA 2001 et ne sont pas disponibles différenciés selon le sexe chez les 18 ans et plus. L'EPLA n'a pas mesuré cette prévalence auprès des moins de 5 ans. Les chiffres du tableau ont été arrondis. Il est possible que le total d'une rangée ou d'une colonne ne corresponde pas *exactement* à la somme des éléments de ce total.

Mise en garde :

L'application d'un taux théorique à un petit nombre de personnes peut induire une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence.

Source :

Les données de population ayant servi au calcul du nombre de personnes avec une incapacité liée à la parole proviennent des projections du MSSS basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage territorial en vigueur le 1^{er} janvier 2002). À ces données de population, nous avons retranché par estimation les personnes vivant en ménage collectif.

30. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

31. BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec*. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

32. L'EPLA n'a pas mesuré la prévalence de l'incapacité liée à la parole par région sociosanitaire. Chez les adultes, les taux disponibles ne sont pas différenciés selon le sexe.

Sous-centre d'activités du Manuel de gestion financière 2006-2007

Activités en CLSC :

0001 Activités médicales

Toutes les interventions des médecins

SERVICES GÉNÉRAUX ET SANTÉ PUBLIQUE

6307 SERVICES DE SANTÉ COURANTS

Activités d'assistance médicale et de soins requis par les usagers en services de santé courants (Évaluation et priorisation (triage), assistance au médecin, administration des différents traitements autorisés et prescrits, clinique MTS et tous autres soins infirmiers.

6513 SANTÉ PARENTALE ET INFANTILE - CLSC

Activités qui visent à favoriser le développement d'une grossesse normale, qui contribuent à la réduction des accidents périnataux et assurent le développement optimal de la population infantile (0 - 5 ans).

6562 Services psychosociaux autres que SAD

Activités réalisées dans un autre contexte que celui des services à domicile pour des clientèles autres que les personnes en perte d'autonomie (PPA). Ces activités ont pour objet de répondre aux problèmes psychologiques et sociaux des individus ou des groupes du milieu (Identification des besoins, traitement des demandes et élaboration des plans d'intervention, création de groupe d'entraide.

7112 Nutrition - Autres

Activités de la diététique et de la nutrition autres que celles offertes aux usagers des services à domicile. (Dépistage des problèmes nutritionnels, évaluation de l'état nutritionnel, élaboration, application et suivi du plan de soins nutritionnel, conseil aux usagers, élaboration et mise sur pied de programme de prévention à l'intention des groupes de personnes ou des personnes individuellement (ex.: femmes enceintes, clientèle avec des problèmes cardio-vasculaires, d'anorexie, d'allergies, d'intolérance alimentaire, etc.)

6589 Prévention et protection de la santé publique (non réparti)

Activités reliées à la prévention des problèmes sociaux, des maladies et des traumatismes dans le but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Il regroupe aussi les activités visant à assurer la mise en place des mesures nécessaires à la protection de la population. Les domaines d'intervention comprennent: les maladies infectieuses, les maladies transmissibles sexuellement, le VIH et la santé environnementale.

6590 Santé scolaire (nouveau pour 2006-2007, années précédentes = 6591)

Activités réalisées en milieu scolaire ayant pour objet l'application de programmes visant à maintenir et à promouvoir la santé physique (dépistage de problèmes de santé (vision, audition, obésité, etc.) chez les enfants, par des interventions individuelles ou de groupes, animation et éducation sur des thèmes touchant la santé : alimentation, hygiène, tabagisme, etc., dépistage et contrôle des maladies infectieuses

JEUNES EN DIFFICULTÉ

5919 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (non réparti) (nouveau pour 2006-2007, années précédentes = 6592 et 7179)

Activités ayant pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté âgés de 0 à 17 ans et de leurs parents par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Elles visent à les soutenir pour les amener à corriger les situations pouvant causer des problèmes d'adaptation sociale, à éviter la détérioration de ces situations et à en réduire les conséquences. Elles sont offertes à l'établissement ou dans les milieux de vie

des enfants, des jeunes et des familles, dont le milieu scolaire, les services de garde et le domicile.

SOUTIEN À DOMICILE

6173 Soins infirmiers à domicile (non réparti)

Activités reliées aux soins infirmiers prodigués aux usagers des CLSC dans leur milieu naturel, lorsque leur état le permet, afin d'éviter l'hospitalisation ou d'en diminuer la durée.

6351 Inhalothérapie à domicile

Activités à des fins thérapeutiques concernant le traitement, la réadaptation de la fonction respiratoire et la réanimation des usagers, affectés de troubles respiratoires réalisées au domicile.

6530 Aide à domicile

Activités reliées à des services de soutien et d'aide dispensés en vue du soutien à domicile. (Soins relatifs à l'hygiène personnelle, aide pour les repas, soutien régulier ou occasionnel dans l'accomplissement des tâches ménagères courantes, appui aux praticiens dans les plans d'intervention).

6561 Services psychosociaux à domicile

Activités ayant pour objet de répondre aux problèmes psychologiques et sociaux des personnes bénéficiant des services à domicile. Ces services comprennent les activités débouchant sur des mesures de placement en milieu substitut (institutionnel ou non).

7111 Nutrition à domicile

Activités de rapportant à la diététique et à la nutrition dispensées aux usagers des services à domicile. Il peut s'agir de consultations à domicile autant pour les soins nutritionnels posthospitaliers que pour faciliter le soutien à domicile de personnes n'ayant pas été hospitalisées.

7161 Ergothérapie à domicile

Activités se rapportant aux services dispensés aux usagers des services à domicile au moyen d'interventions d'ergothérapie reconnues. Ces interventions visent à réapprendre aux personnes en perte d'autonomie à fonctionner dans leur quotidien et à conserver leur potentiel d'autonomie résiduel.

7162 Physiothérapie à domicile

Activités se rapportant aux services dispensés aux usagers des services à domicile au moyen d'interventions de physiothérapie reconnues. Ces interventions visent à évaluer et traiter les problèmes qui influent sur la fonction physique des personnes, plus spécifiquement les déficiences des systèmes neurologiques musculosquelettiques et cardiorespiratoires.

DONNÉES PROVENANT DES SERVICES FINANCIERS

ALLOCATION DIRECTE

Données financières inscrites à la page 650 du centre d'activités 6530, les établissements compilent les informations sur les usagers manuellement.

7081 Soutien aux familles des personnes ayant une déficience physique - allocations

Ce sous-centre regroupe toutes les allocations versées, peu importe la provenance, pour soutenir financièrement les familles de personnes ayant une déficience physique. Elles leur permettent d'avoir accès aux services nécessaires pour pouvoir assumer leurs responsabilités spécifiques envers les personnes handicapées tout en évoluant dans des conditions similaires aux autres familles québécoises. Plus spécifiquement, les services de soutien à la famille comprennent les mesures de dépannage, le répit et le gardiennage.

7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique

Ce sous-centre regroupe les remboursements de frais pour le déplacement de toute personne reconnue handicapée, vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou le lieu le plus approprié et le plus rapproché offrant les services d'évaluation, d'adaptation, de réadaptation, de diagnostic ou de traitements liés aux limitations fonctionnelles résultant d'une déficience physique et identifiés au plan de services.

Activités en centre de réadaptation :

7012 Atelier de travail déficience physique

Activités d'apprentissage aux habitudes de travail visant à initier l'utilisateur ayant une déficience physique à l'exécution d'un travail. Les activités sont réalisées dans des installations de l'établissement par des usagers inscrits ou admis, sous la supervision du personnel de l'établissement.

7022 Support des stages en milieu de travail - déficience physique

Activités visant à encadrer l'utilisateur ayant une déficience physique dans l'exécution d'un stage. Toutes les formules de stages individuels ou de groupe, de plateau de travail ou d'enclave sont ici visées. Les activités sont réalisées dans un milieu de travail régulier ou un milieu de travail communautaire, sous la supervision du personnel de l'établissement. Les usagers sont inscrits.

7032 Intégration à l'emploi - déficience physique

Activités visant à encadrer l'utilisateur ayant une déficience physique qui exécute un travail conduisant à la production de biens ou de services. Les activités sont réalisées dans un milieu de travail régulier, sous la supervision du personnel de l'établissement. Les usagers sont inscrits et **rémunérés** pour les tâches réalisées.

8020 Réadaptation pour adultes - déficience motrice

Activités visant à permettre à un adulte ayant des incapacités motrices récentes, sévères et non stabilisées, de récupérer de façon optimale ses fonctions physiques, intellectuelles et psychiques. Les activités sont réparties dans les sous-centres suivants, en fonction des diagnostics des usagers:

8021 Réadaptation pour adultes - Déficits moteurs cérébraux

8022 Réadaptation pour adultes - Traumatismes cranio-cérébraux

8023 Réadaptation pour adultes - Maladies neuromusculaires

8024 Réadaptation pour adultes - Myélopathies

8025 Réadaptation pour adultes - Lésions musculo-squelettiques

8026 Réadaptation pour adultes - Accidents vasculaires cérébraux

8027 Réadaptation pour adultes - Maux de dos chroniques

8028 Réadaptation pour adultes - Déficience motrice non répartie

8030 Réadaptation pour enfants - déficience motrice

Activités visant à permettre à un enfant ayant des incapacités motrices récentes, sévères et non stabilisées, de récupérer de façon optimale ses fonctions physiques, intellectuelles et psychiques. Les activités sont réparties dans les sous-centres suivants, en fonction des diagnostics des usagers:

8031 Réadaptation pour enfants - Déficits moteurs cérébraux

8032 Réadaptation pour enfants - Traumatismes cranio-cérébraux

8033 Réadaptation pour enfants - Maladies neuromusculaires

8034 Réadaptation pour enfants - Myélopathies

8035 Réadaptation pour enfants - Lésions musculo-squelettiques

8036 Réadaptation pour enfants - Développement moteur

8037 Réadaptation pour enfants - Déficience motrice non répartie

8041 Adaptation professionnelle - déficience motrice

Activités réalisées pour favoriser l'autonomie professionnelle des personnes ayant des déficiences motrices, sévères et persistantes et vivant des situations de handicap. Les activités visent, soit à évaluer ou développer la capacité physique et fonctionnelle de travail ou encore à analyser ou adapter le poste de travail d'un usager.

8042 Adaptation et intégration sociales - déficience motrice

Activités réalisées sous forme de processus personnalisé, visant l'adaptation et l'intégration sociales des personnes ayant des déficiences motrices sévères et persistantes et vivant des situations de handicap. Les activités sont réalisées dans les divers milieux de vie ou milieux d'intégration de l'utilisateur. Elles sont données en continuité des activités de réadaptation dans le but de favoriser un développement accru des

capacités et un apprentissage des moyens adaptés pour réaliser les habitudes de vie nécessaires à l'autonomie et à l'intégration sociale.

8060 Adaptation / Réadaptation - déficience visuelle

Activités visant à développer, ajuster, entretenir ou récupérer les capacités des personnes ayant une déficience visuelle. Les interventions d'adaptation/réadaptation visent l'atteinte d'un potentiel optimal afin que la personne puisse s'intégrer au milieu de vie répondant le mieux à sa condition. Les activités sont réparties dans les sous-centres suivants, en fonction de l'âge des usagers:

8061 Adaptation/Réadaptation pour enfants (0 - 4 ans) - Déficience visuelle

8062 Adaptation/Réadaptation pour enfants (5 - 11 ans) - Déficience visuelle

8063 Adaptation/Réadaptation pour enfants (12 - 17 ans) - Déficience visuelle

8064 Adaptation/Réadaptation pour enfants (non répartie) - Déficience visuelle

8065 Adaptation/Réadaptation pour adultes (18 - 64 ans) - Déficience visuelle

8066 Adaptation/Réadaptation pour personnes âgées (65 ans et plus) - Déficience visuelle

8070 Adaptation / Réadaptation - déficience auditive

Activités visant à développer, ajuster, entretenir ou récupérer les capacités des personnes ayant une déficience auditive. Les interventions d'adaptation/réadaptation visent l'atteinte d'un potentiel optimal afin que la personne puisse s'intégrer au milieu de vie répondant le mieux à sa condition. Les activités sont réparties dans les sous-centres suivants, en fonction de l'âge des usagers :

8071 Adaptation/Réadaptation pour enfants (0 - 4 ans) - Déficience auditive

8072 Adaptation/Réadaptation pour enfants (5 - 11 ans) - Déficience auditive

8073 Adaptation/Réadaptation (12 - 21 ans) - Déficience auditive

8074 Adaptation/Réadaptation (0 - 21 ans, non répartie) - Déficience auditive

8075 Adaptation/Réadaptation (22 - 64 ans) - Déficience auditive

8076 Adaptation/Réadaptation pour personnes âgées (65 ans et plus) - Déficience auditive

8077 Adaptation/Réadaptation - Surdicécité

8080 Adaptation / Réadaptation - déficience du langage et de la parole

Activités visant à développer, ajuster, entretenir ou récupérer les capacités des personnes ayant une déficience du langage et de la parole. Les interventions d'adaptation/réadaptation visent l'atteinte d'un potentiel optimal afin que la personne puisse s'intégrer au milieu de vie répondant le mieux à sa condition. On entend par déficience du langage et de la parole, celle qui est conséquent à des troubles d'ordre: neurologique, tels que l'aphasie et la dysphasie (incluant l'audimutité), et la dysfonction cérébrale; ou. organique, tels que la dysarthrie et qui entraîne des incapacités significatives et persistantes au niveau de la communication. Les usagers sont susceptibles de vivre des situations de handicap et nécessitent des services spécialisés d'adaptation/réadaptation. Les services ici visés sont ceux qui sont offerts aux usagers qui sont traités spécifiquement pour leur déficience du langage et de la parole. Les activités sont réparties dans les sous-centres suivants, en fonction de l'âge des usagers:

8081 Adaptation/réadaptation pour enfants (0 - 17 ans) -déficience du langage et de la parole

8082 Adaptation/réadaptation pour adultes (18 ans et plus) -déficience du langage et de la parole

8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique

Activités de soins, de réadaptation et d'assistance dispensées aux usagers admis dans une unité de réadaptation fonctionnelle intensive d'un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique. Ces activités visent à leur permettre de récupérer une fonctionnalité maximale à la suite d'une perte d'autonomie motrice importante.