

Plan d'action 2012-2015

Étape 1



État de situation 2012

Services aux adultes
ayant une déficience
physique motrice

Agence de la santé et des
services sociaux de Montréal
Avril 2012

Plan d'action 2012-2015

Étape 1



État de situation 2012

Services aux adultes
ayant une déficience
physique motrice

Agence de la santé et des
services sociaux de Montréal
Avril 2012

Coordination :

Michèle Bérubé
Jocelyn Lavallée
Françoise Alarie

Auteurs :

Michelle Gadoury
Éric Landry, Ph.D
Jocelyn Lavallée

Collaborateurs :

Rolande Daignault
Jennifer Dahak-El-Ward

Ce document est réalisé avec la collaboration de Margarida de Andrade et Corine Van den Boosche, Agentes administratives

Production

Direction des ressources humaines, de l'information, de la planification et des affaires juridiques
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Services de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

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

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

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012.

ISBN 978-2-89510-607-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-89510-608-1 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Ce document est disponible :
au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604
à la section «Publications de l'Agence» du site Internet : <http://agence.santemontreal.qc.ca/>

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES.....	2
COMPOSITION DU COMITÉ.....	4
INTRODUCTION.....	5
1. CONTEXTE.....	6
2. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES.....	7
2.1 Les orientations ministérielles en déficience physique.....	7
2.2 La politique de soutien à domicile	8
2.3 Le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.....	9
2.4 La politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées.....	11
3. TRAVAUX RÉALISÉS OU EN COURS EN LIEN AVEC LA DÉFICIENCE MOTRICE.....	12
3.1 Le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC).....	12
3.2 Les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus	12
3.3. Les consortiums en neurotraumatologie	13
4. DÉFINITION DE LA DÉFICIENCE MOTRICE	17
5. CLIENTÈLE CIBLE	19
5.1 La clientèle ciblée par le plan d'action.....	19
5.2 Les proches aidants.....	22
5.3 Le continuum de services	24
5.4 Les caractéristiques de la population	24
5.5 Profil des déficiences motrices à Montréal	25
5.6 Perspective internationale et prévisions épidémiologiques	27
6. ÉTABLISSEMENTS	30
6.1 Les centres de santé et des services sociaux (CSSS)	30
6.2 Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).....	39
6.3 Les centres hospitaliers de réadaptation (CHR)	41
6.4 Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)	49
7. SERVICES FAVORISANT L'INTÉGRATION SOCIALE.....	59
7.1 L'accès aux soins et services médicaux	59
7.2 Les aides techniques	60
7.3 Les ressources résidentielles et les ressources d'hébergement	64
7.4 Le transport.....	66
7.5 L'intégration scolaire et professionnelle	68
7.6 L'intégration sociale	69
8. RESSOURCES.....	71
8.1 Les ressources humaines	71
8.2 Les ressources financières	73
9. LIENS INTERÉTABLISSEMENT	74
9.1 Les ententes.....	74
9.2 Les modalités de référence et de transfert.....	74
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	75
11. SERVICES OFFERTS EN ANGLAIS.....	76

12. LES CONSTATS ET ORIENTATIONS POUR L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION.....	79
13. CONCLUSION	86
ANNEXE 1	87
ANNEXE 2	89
ANNEXE 3	91
ANNEXE 4	93
ANNEXE 5	95
ANNEXE 6	97
ANNEXE 7	100
ANNEXE 8	102
ANNEXE 9	110

ACRONYMES

Acronyme	Nom complet
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AVD	Activités de la vie domestique
APR	<i>All patient refined</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BM	Blessure médullaire ou lésion médullaire
BOG	Blessure orthopédique grave
CES	Chèque emploi-service
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIT	Contrat d'intégration au travail
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CST	Continuum de services en traumatologie
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DM	Déficience motrice
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DRG	<i>Diagnosis related group</i>
DSIE	Demande de service interétablissement
EA	Entreprise adaptée
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
FSR	Fin de soins actifs en réadaptation
HLM	Habitation à loyer modique
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
IMC	Infirmité motrice cérébrale
IMOC	Infirmité motrice d'origine cérébrale
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
IRM	Institut de réadaptation de Montréal
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IVAC	Indemnisation pour les victimes d'actes criminels
MELS	Ministère de l'éducation, du loisir et du sport

Acronyme	Nom complet
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OEMC	Outil d'évaluation multIClientèle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAD	Programme d'aide à domicile
PDEIPH	Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées
PMATCOM	Programme ministériel des aides techniques à la communication
PPALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
POSILTH	Programme d'organisation des services intensifs long terme pour personnes handicapées
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAANM	Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal
RAC	Ressources en assistance continue
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RANQ	Regroupement des aidants naturels du Québec
RERDPM	Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAD	Services à domicile
SARCA	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte
SHQ	Société d'habitation du Québec
SI-RH	Système d'information sur les ressources humaines
SP	Sclérose en plaques
SRA	Service régional d'admission
TCC	Traumatisme craniocérébral
TGC	Trouble grave du comportement
TÉVA	Transition école-vie active
TVA	Tétraplégie ventilo-assistée
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VBG	Victime de brûlure grave

COMPOSITION DU COMITÉ

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal tient à remercier les personnes suivantes pour leur participation au comité et à l'élaboration de ce document.

De l'Agence :

- › Madame Françoise **Alarie**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, coordonnatrice du comité (après janvier 2012)
- › Madame Michèle **Bérubé**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, coordonnatrice du comité (jusqu'en janvier 2012)
- › Madame Rolande **Daignault**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- › Madame Michelle **Gadoury**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (après décembre 2011)
- › Monsieur Éric **Landry**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (jusqu'en décembre 2011)
- › Monsieur Jocelyn **Lavallée**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Des CSSS et CHSGS :

- › Madame Carole **Bellavance**, CSSS de la Pointe-de-l'Île
- › Madame Diana **Chin**, CSSS Cavendish
- › Madame Louise **Deschamps**, CSSS de l'Ouest-de-l'Île
- › Madame Antoinette **Di Re**, Centre universitaire de santé McGill
- › Madame Johanne **Mathon**, CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent

Des CHR et CRDP :

- › Madame Nicolina **Gesualdi**, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- › Madame Kateri **Leclair**, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
- › Madame Geneviève **Lefebvre**, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- › Madame Hazel **Lefebvre**, Hôpital Villa Medica

Des organismes gouvernementaux et communautaires :

- › Madame Andrée-Anne **Perron**, Office des personnes handicapées du Québec
- › Monsieur Gabriel **Bouchard**, Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain
- › Monsieur Martin **Thériault**, Ex Aequo

Nous remercions les personnes suivantes qui ont également collaboré à la démarche :

- › Madame Jennifer **Dahak-El-Ward**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- › Monsieur Jean-Pierre **Bluteau**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

INTRODUCTION

Parmi les orientations de son dernier plan stratégique 2010-2015, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) recommande d'améliorer l'accès, la continuité et l'intégration des services pour les personnes présentant un profil de déficience physique. En ce sens, un mandat a été élaboré afin de proposer un plan d'action montréalais en déficience motrice. Le Conseil d'administration de l'Agence a donné son aval à la démarche, et ce premier plan d'action s'adressera à un sous-groupe de la clientèle, soit les adultes ayant une déficience motrice.

Le présent document vise donc, dans une première étape, à dresser un portrait de l'offre de service en déficience motrice adulte afin d'en faire ressortir les forces et les faiblesses et d'y apporter ultérieurement les améliorations nécessaires dans le plan d'action régional. Il a été réalisé avec la collaboration d'un comité consultatif composé d'intervenants issus du réseau de la santé, d'organismes gouvernementaux et du milieu communautaire. Les propositions d'amélioration découlent d'une vision basée sur l'approche populationnelle tout en assurant une structure organisationnelle orientée sur les principes de hiérarchisation, d'accès et de continuité des services.

Soulignons que les consortiums en traumatologie ont déjà délimité les paramètres d'action et de collaboration entre les établissements partenaires pour un segment de la clientèle, soit celle qui a subi une atteinte traumatique au niveau du cerveau ou de la moelle épinière. Bien qu'il ne soit pas dans l'intention de l'Agence d'intervenir dans ce processus ou de revoir les mécanismes des consortiums, le plan d'action en déficience motrice devra tenir compte des trajectoires et des responsabilités déjà déterminées au sein de ceux-ci.

L'état de situation permettra de compléter et de mettre à jour les informations dont l'Agence dispose pour éventuellement ajuster l'offre de service. Cette analyse des services tient compte à la fois des orientations provinciales et régionales en matière de services à offrir et de la volonté gouvernementale d'accroître la participation sociale des personnes ayant des incapacités graves et persistantes.

Tout au long du document, des constats seront tirés à propos des services offerts aux Montréalais atteints de déficiences motrices. Ceux-ci seront présentés au bas de la page concernée puis regroupés à la fin du document. Le plan d'action fera le lien avec les constats ou les problématiques qui seront dépeintes dans le présent état de situation.

1. CONTEXTE

Répondre aux besoins des personnes ayant des incapacités à Montréal est une grande source de défis. Considérant que près de 70 % de ces personnes présentent une incapacité au niveau de la mobilité ou de l'agilité¹, il est important d'agir prioritairement auprès de cette clientèle et plus particulièrement chez celle ayant une déficience motrice. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en a d'ailleurs fait une des priorités stratégiques 2010-2015 et a proposé de revoir le continuum de service en matière d'accessibilité, de continuité, de complémentarité et de qualité des services pour les personnes présentant un profil de déficience physique².

Ces travaux s'inscrivent dans une perspective visant à promouvoir la participation sociale pleine et entière des personnes ayant une déficience motrice telle que mentionnée dans les documents du gouvernement du Québec et plus particulièrement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)³. Le plan d'action en déficience physique souhaite donc :

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

¹ Vivre avec une incapacité au Québec, ISQ (2010), pp. 77 et 82.

² Planification stratégique montréalaise 2010-2015 : des priorités urbaines pour des Montréalais en santé, p.40.

³ Ils tiendront compte plus particulièrement de la Loi assurant l'exercice des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q.c. E-20.1), la politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées « À part entière pour un véritable exercice du droit à l'égalité », des orientations ministérielles en déficience physique du MSSS « Pour une véritable participation à la vie de la communauté », ainsi que la politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix ». Ils tiendront également compte des balises du « Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience » et du « Cadre de référence - services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal ».

2. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

2.1 Les orientations ministérielles en déficience physique

« Pour une véritable participation à la vie de la communauté » objectifs 2004-2009⁴

L'organisation des soins doit être basée sur un continuum de services intégrés, complémentaires et touchant la situation particulière de la personne dans sa globalité. Les bons services doivent être offerts aux bons moments, à la personne atteinte d'une déficience, ainsi qu'à ses proches aidants. La participation sociale et le maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel sont des buts communs aux actions régionales. Ces orientations s'appuient sur sept principes généraux qui ont servis de lignes directrices :

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

De ces principes, cinq grands thèmes liés à l'amélioration des services offerts ont été retenus. Ils concernent l'offre de service, l'accès, la qualité des interventions, les outils de gestion (incluant la grille d'évaluation OEMC) et le besoin de clarification des composantes du programme. De ces thèmes ont découlé 18 objectifs spécifiques.

L'intégration sociale est une préoccupation majeure du MSSS en matière de déficience physique. Il souhaite, entre autres, l'amélioration des mesures permettant l'accès à l'emploi et à des activités qui favorisent le développement et l'épanouissement des personnes atteintes. En outre, la collaboration intersectorielle requise pour l'obtention de résultats tangibles en matière d'employabilité doit s'attarder à combler les nombreuses lacunes notées au regard de l'accès à la scolarisation et à la formation. De plus, l'accès aux milieux résidentiels non-institutionnels doit être envisagé

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

prioritairement, ce type d'hébergement répondant davantage aux besoins et aux choix des personnes ayant une déficience physique.

Le MSSS met également l'accent sur l'élargissement de la gamme des aides techniques afin d'accroître leurs applications dans une perspective d'adaptation constante aux besoins évolutifs des usagers. Il souhaite ainsi s'assurer que les besoins individuels dans ce domaine soient évalués et ajustés dans le temps.

2.2 La politique de soutien à domicile

« Chez soi : Le premier choix, 2003⁵ »

L'aide à domicile est en constante croissance et ce moyen est considéré comme privilégié afin de soutenir la personne atteinte d'une déficience physique dans son milieu de vie naturel. Ce service, qui s'avère interdépendant à d'autres services offerts, permet d'atteindre un degré d'autonomie essentiel à la participation sociale.

Les attentes et les besoins des individus doivent être au cœur des réflexions dans ce domaine. L'organisation des services doit être concertée et en faveur des personnes ayant une incapacité (ainsi que leurs proches aidants). Le document présente une série de mesures pertinentes répondant à ces orientations.

1. Adapter l'organisation des services en fonction des attentes de la population

- Consolider le guichet d'accès;
- Établir des critères de priorisation;
- Uniformiser les critères d'admission;
- Accessibilité 24/7;
- Offrir une gamme de services standardisés au client et au proche aidant;
- Offrir des services spécialisés : antibiothérapie parentérale, oxygénothérapie, etc.;
- Harmoniser les pratiques : évaluation des besoins avec l'outil multiclientèle (OEMC);
- Systématiser l'utilisation du plan d'intervention et du plan de service individualisé;
- Bien définir les rôles de chacun des intervenants.

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

2. Assurer une bonne coordination, abordée sous deux angles : celle des services offerts au domicile et celle de l'ensemble des activités et des services qui permettent de soutenir une personne à domicile

- Attribuer un répondant clinique (intervenant pivot);
- Concerter et intervenir en multidisciplinarité;
- Implanter des mécanismes de transition et de référence;
- Préciser le partage des responsabilités entre le CSSS et l'établissement spécialisé de réadaptation;
- Mettre en place de bons moyens de communication soutenant l'effort clinique.

3. Mettre en place des services de qualité sous trois perspectives : celle de l'utilisateur (services adéquats et sécuritaires), celle des prestataires de service (efficacité du système) et celle du système en général (pertinence et efficience)

- Former adéquatement le personnel;
- Impliquer les usagers dans l'évaluation de la qualité des services;
- S'assurer de la qualité des services offerts par les partenaires.

Le document précise également la couverture publique en matière de services. Celle-ci stipule qu'en vertu du principe de neutralité, les services professionnels sont offerts gratuitement à tous, quel que soit le lieu. Quant aux services d'aide domestique et d'assistance personnelle, déterminés dans le PII ou le PSI, ils sont également offerts sans frais.

2.3 Le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

« Afin de faire mieux ensemble, juin 2008⁶ »

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience est l'avenue privilégiée par le MSSS pour soutenir les programmes-services déficience physique et déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement. Ce document propose les critères et les standards balisant l'accès aux services spécifiques des CSSS, à ceux des CRDITED et des CRDP. Six principes y sont définis :

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

1. La satisfaction des besoins des personnes ayant une déficience et de leur famille;
2. L'équité;
3. L'intégration et la complémentarité des services;
4. La mobilisation de tous les acteurs;
5. Une approche rigoureuse de gestion des accès;
6. L'utilisation de données probantes.

Il vise, entre autres, une meilleure complémentarité et une meilleure continuité des différents services. Le plan propose d'utiliser le plan d'intervention (PI) pour la coordination des services d'un établissement et le plan de services individualisés (PSI) pour la coordination des services offerts par plusieurs partenaires.

Ainsi, et selon des éléments de priorité, cette mesure permet d'assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables, elle permet également d'optimiser et d'harmoniser les processus, la gestion et l'organisation des services et d'augmenter la satisfaction des personnes ayant une déficience et celle de leur famille.

Par ailleurs, le plan stipule que lorsque les capacités maximales du réseau public ont été utilisées, c'est-à-dire en cas d'impossibilité pour un établissement de répondre aux besoins de services d'un usager, le gestionnaire d'accès peut recourir au secteur privé. Il doit cependant le faire dans les conditions suivantes :

- L'établissement est responsable du plan d'intervention et de la qualité des services;
- Le service ne doit pas coûter plus cher que dans le réseau public;
- Il n'y a aucun frais pour la personne et sa famille.

➤ Les délais prescrits selon les niveaux de priorités des besoins des usagers

Trois niveaux de priorités ont été définis dans le Plan d'accès : le niveau de priorité urgent, élevé et modéré. En voici une brève description :

Niveau de priorité urgent : l'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont présentement menacées. L'intervention doit être produite dans les 72 heures suivant l'analyse de la demande.

Niveau de priorité élevé : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne risquent d'être menacés en l'absence d'intervention à court terme. Le standard d'accès

pour les services spécifiques (CSSS) est de 30 jours suivant l'analyse de la demande. Les standards d'accès pour les services spécialisés stipulent que les services doivent débiter à l'intérieur des 90 jours suivants l'analyse de la demande.

Niveau de priorité modéré : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne ne sont pas menacés à court terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien dans sa communauté. Les standards d'accès stipulent que, pour les services spécifiques et spécialisés, les services doivent être commencés à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.

2.4 La politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées

« À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Juin 2009⁷ »

La politique vise à accroître, sur une période de dix ans, la participation sociale de l'ensemble des personnes handicapées, quel que soient leur sexe, leur âge, leur déficience, leurs incapacités ou leur lieu de résidence.

Les résultats attendus de la politique visent plus précisément l'obtention de changements significatifs à l'égard de :

- L'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées;
- La réponse complète à leurs besoins essentiels;
- La parité avec les autres citoyens dans l'exercice de leurs rôles sociaux.

Le **premier défi**, une société inclusive, vise à tenir compte systématiquement des besoins des personnes handicapées et de leur famille dès l'étape de conception de toute intervention sur l'environnement physique et social. Ce changement vise à prévoir l'accessibilité des lieux publics dès leur conception plutôt que de les adapter après coup, ce qui est généralement plus coûteux.

Le **deuxième défi**, une société solidaire et plus équitable, s'attaque aux facteurs associés à la pauvreté des personnes handicapées et de leur famille dont en priorité le faible revenu et les coûts supplémentaires liés à leurs besoins particuliers. Il vise aussi à améliorer la cohérence de l'ensemble des mesures en réduisant les disparités dans l'offre de services. Il s'agit d'optimiser l'organisation actuelle des nombreuses mesures existantes en favorisant un meilleur accès à ces services ainsi que la coordination et la complémentarité de ceux-ci.

⁷ http://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Politique_a_part_entiere_Acc.pdf.

Le **troisième défi**, une société respectueuse des choix et des besoins des personnes handicapées et de leur famille, vise à favoriser leur participation aux décisions qui les concernent et à leur offrir des services structurés d'accompagnement. Il s'agit ici de traduire, par des mesures appropriées aux personnes handicapées et à leur famille, la volonté gouvernementale de mettre les citoyens au cœur des services qui leur sont destinés. Accroître l'autonomie des personnes tout en préservant le milieu familial comme premier lieu d'intégration en soutenant adéquatement ce milieu, c'est aussi prévenir l'institutionnalisation et éviter des dépenses onéreuses.

3. TRAVAUX RÉALISÉS OU EN COURS EN LIEN AVEC LA DÉFICIENCE MOTRICE

3.1 Le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC)

L'Agence de la santé de Montréal effectue annuellement des travaux au niveau du Plan d'accès destiné aux personnes ayant une déficience physique⁸, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, afin de baliser l'accès et la continuité des services. Ce plan a interpellé les CSSS, les CRDP et les CRDITED dans l'esprit des orientations ministérielles préalablement présentées dans le présent document. Il comprend des standards relatifs à l'accès aux services et à leur continuité et ce, en tenant compte des trois niveaux de priorité. Dans cette démarche, plusieurs constats, objectifs d'amélioration, enjeux et actions à réaliser ont été définis pour la région en ce qui a trait, entre autres, aux mécanismes d'accès, à la gestion centralisée et standardisée des listes d'attente et aux standards de continuité. Un sommaire des résultats obtenus en 2010-2011 est présenté à l'annexe 1.

3.2 Les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus⁹

En janvier 2007, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal produisait un document d'orientation visant à développer un modèle d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus. L'offre de service aux programmes-services de santé physique et de déficience physique y a été redéfinie. Les différentes clientèles et les trajectoires de soins ont été déterminées (l'orientation des clientèles de santé physique vers un guichet d'accès dans chacun des CSSS et les clientèles de déficience physique vers un centre hospitalier de réadaptation via un guichet unique). Le rôle de chacun des acteurs a été clarifié, les modalités d'accès et de référence, les mandats attribués aux établissements ainsi que les critères généraux et

⁸ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>.

⁹ http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-745-3.pdf.

spécifiques d'admission ont été déterminés. Des mandats spécifiques ont été confiés à trois centres hospitaliers de réadaptation (IRGLM, CHR-Richardson, Villa Medica) pour développer des expertises pour la clientèle ayant subi un AVC ou une autre pathologie touchant la sphère neurologique, des brûlures graves, une amputation, un TCC, une blessure médullaire ou des BOG.

Un comité régional suit l'ensemble des paramètres d'organisation des services post-hospitaliers établis dans le cadre de référence. Ce dernier a fait l'objet de révisions en avril 2009 et en juin 2010.

De plus, dans le cadre des mesures instaurées pour désengorger les urgences, le programme de services ambulatoires de réadaptation pour adultes (SARCA) a été développé en 2009¹⁰ afin de desservir notamment des clientèles porteuses d'atteintes neurologiques ou ostéo-articulaires.

3.3. Les consortiums en neurotraumatologie

Le réseau québécois de la traumatologie a été mis en place au début des années mille neuf cent quatre vingt dix, dans le but de diminuer la mortalité et la morbidité associées aux traumatismes. La première étape fut d'élaborer les assises conceptuelles du continuum de services en traumatologie (CST) puis de désigner individuellement des centres hospitaliers et des centres de réadaptation en fonction des ressources et spécialités médicales, chirurgicales et para-médicales disponibles.

La notion de consortium d'établissements a pris forme au début des années deux mille. Il existe un second type de regroupements d'établissements semblable à ceux-ci soit, les *Centres d'expertise*. L'ensemble des acteurs d'un consortium ou d'un centre d'expertise sont responsables, solidairement et conjointement, de l'offre de service, de la mise en place du continuum et de la coordination des services intra et inter établissements. Des ententes formelles balisent les liens bidirectionnels entre les établissements et autres partenaires concernés.

Le continuum couvre l'ensemble du processus d'intervention et il précise les responsabilités des multiples partenaires qui constituent les maillons de la chaîne d'intervention. Le but ultime étant la participation sociale optimale des personnes victimes de traumatismes divers. Voici un aperçu des différents maillons du CST :

¹⁰ Le programme SARCA a été instauré en janvier 2009 pour la clientèle âgée en provenance des CHSGS, des CHR et des URFI. En avril 2011, cette mesure a été élargie à la clientèle adulte.

» Une prévention globale

Le CST effectue de la prévention selon les types de prévention de la matrice de Haddon :

- PRIMAIRE, en **PRÉIMPACT**, par la prévention des accidents;
- SECONDAIRE, au moment de l'**IMPACT**, par la prévention des blessures;
- TERTIAIRE, en **POSTIMPACT**, par la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux séquelles des traumatismes.

» Les types de service

Le CST, dans sa phase **POSTIMPACT**, couvre trois types de services :

- Les services **PRÉHOSPITALIERS** (911, policiers, pompiers, ambulance);
- Les services **HOSPITALIERS** de santé physique sont offerts par des organismes de santé désignés, qui assurent une prestation de service en fonction des ressources disponibles. Les centres de traumatologie sont classifiés au niveau : Primaire, Secondaire, Secondaire régional, Tertiaire.
- Les services **POSTHOSPITALIERS** sont dispensés aux personnes traumatisées qui voient leurs habitudes de vie menacées par une ou des séquelles d'un traumatisme. Les services spécialisés de réadaptation sont offerts à l'interne ou à l'externe selon les besoins de la clientèle. Des services de maintien dans le milieu de vie sont également offerts aux personnes traumatisées qui présentent des incapacités permanentes afin de leur permettre, ainsi qu'à leurs proches, de retrouver et de maintenir une qualité de vie et une participation sociale optimale.

Les centres d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est et de l'Ouest du Québec ont été élaborés en premier, soit dès 1996. Les consortiums pour les TCC modérés-graves-adultes ont suivi en 1997. Dans les années suivantes, ceux pour les TCC pédiatriques, les grands brûlés et les TCC légers sont venus compléter les consortiums en traumatologie.

Pour répondre aux exigences de sa population et de son rôle suprarégional, le réseau montréalais de la traumatologie présente un volet régional et interrégional constitués de plusieurs établissements et organisations regroupés sous l'appellation des *Consortiums de l'Ouest du Québec* pour les personnes victimes d'un traumatisme

craniocérébral modéré ou grave¹¹ (voir annexe 2) et les *Centres d'expertise de l'Ouest du Québec* pour les BM et les victimes de brûlures graves (VBG).

➤ **Volet régional du réseau montréalais de traumatologie : Les établissements membres des Consortiums (TCC) et des Centres d'expertise (BM, VBG) – clientèle adulte**

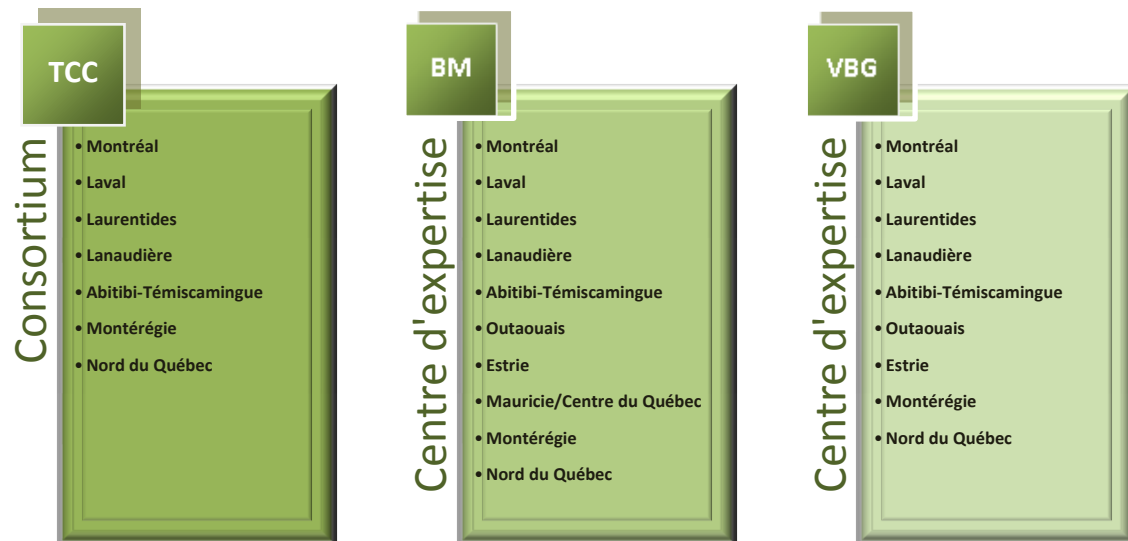
Traumatologie Tertiaire	•CUSM - Hôpital général de Montréal (TCC) •Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (TCC, BM)
Centre d'expertise	•CHUM - Hôpital Notre-Dame (programme de réimplantation) •CHUM - Hôpital Hôtel-Dieu (VBG)
Traumatologie Secondaire	•CSSS Cœur-de-l'Île, Hôpital Jean-Talon (TCC) •Hôpital Santa Cabrini (TCC)
CHR	•IRGLM (TCC, BM) •Hôpital Villa Medica (VBG)
CRDP	•CR-Constance-Lethbridge (TCC, BM [certains services], VBG) •CR-Lucie-Bruneau (TCC, BM, VBG)

➤ **Volet interrégional du réseau montréalais de traumatologie : les Consortiums et Centres d'expertise de l'Ouest du Québec :**

Les établissements montréalais précités font également partie des consortiums – Centres d'expertise interrégionaux de l'Ouest du Québec dédiés aux clientèles issues des régions desservies par les ressources spécialisées.

¹¹ Le détail des établissements participants aux divers consortiums est davantage décrit sur le site des fonctions évaluatives en traumatologie : <http://www.fecst.gouv.qc.ca/>.

Figure 1. Les consortiums et centres d'expertise de l'Ouest du Québec pour les clientèles en traumatologie.



Les consortiums sont réévalués périodiquement aux 3-5 ans. Le dernier cycle d'évaluation pour les TCC a été complété en 2008. Une réévaluation est prévue en 2013. Le Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec sera réévalué à l'automne 2012. Les paramètres de nouveaux continuums ou consortiums sont en cours d'élaboration dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux (AVC), de la douleur chronique et du cancer.

**Orientation
pour le plan
d'action**

Il y aura lieu dans le plan d'action d'établir des mécanismes formels de communication et d'échange d'information afin d'arrimer l'ensemble de ces travaux et de maintenir une cohérence dans les orientations régionales.

4. DÉFINITION DE LA DÉFICIENCE MOTRICE

D'entrée de jeu, il importe de bien définir la notion de déficience motrice afin de pouvoir circonscrire la clientèle ciblée par le plan d'action. Il s'agit d'un ensemble très vaste de pathologies aux causes multiples. Il est dès lors essentiel de définir ce que sont les déficiences motrices, de les situer les unes par rapport aux autres et de savoir à quelle grande catégorie de causes elles se rattachent.

Définition de la déficience motrice

«**Une déficience motrice** est une atteinte du système nerveux (cerveau, moelle épinière ou nerfs), des muscles, des os ou des articulations qui provoque une limitation des aptitudes motrices. Les aptitudes motrices sont toutes les aptitudes liées au maintien de la position du corps (posture et équilibre) et aux mouvements. Une personne présentant une déficience motrice pourra par exemple rencontrer des difficultés pour marcher, maintenir son équilibre, manipuler des objets, parler ou manger. Une déficience motrice peut être **congénitale** (présente dès la naissance) ou **acquise** (à la suite d'un accident ou d'une maladie). Elle peut être **stable** ou **évolutive**.»¹²

Les **déficiences motrices**¹³ constituent un ensemble hétérogène de pathologies (plusieurs centaines) qui peut être décrit à partir de nombreux critères dont les suivants :

- Selon le **moment** de survenue de la lésion : déficience congénitale ou acquise
- Selon sa **cause** : par malformation, blessure traumatique ou maladie
- Selon le **caractère** évolutif ou non de la déficience
- Selon la **nature** de l'atteinte

En fonction de ce dernier critère, il existe trois grands types de déficiences motrices : Les déficiences motrices d'origine cérébrale, celles d'origine médullaire et/ou neuromusculaire et celles qui résultent d'une lésion ostéo-articulaire.

¹² Fédération des Conseils de Parents d'Élèves (FCPE) : http://www.fcpe13.asso.fr/site_ds/ds20.html.

¹³ Cette section est extraite de : Déficiences motrices et handicaps, S. Goujon, tiré de : Les déficiences motrices, Association des paralysés de France, 1996, 505 p. (http://ash14.pedagogie.ac-caen.fr/IMG/pdf/les_deficiences_motrices.pdf)

Tableau 1.

Classement des déficiences motrices par causes¹⁴.

1. Par lésions cérébrales	2. Par lésions médullaires et neuromusculaires	3. Par lésions ostéo-articulaires
▪ Lésions cérébrales précoces (paralysie cérébrale ou IMC, IMOC) ▪ Traumatisme craniocérébral ▪ Accidents vasculaires cérébraux (dont ruptures de malformations vasculaires) ▪ Tumeurs cérébrales (dont les conséquences de leur traitement) ▪ Malformations cérébrales (ex. : hydrocéphalie) ▪ Autres encéphalopathies : – Infectieuses – Métaboliques et/ou dégénératives – Toxiques acquises – Épileptiques essentielles ▪ Sclérose en plaques ▪ Parkinson ▪ Maladie de Friedreich ▪ Autres encéphalopathies : – Retard psychomoteur de la petite enfance d'origine indéterminée ▪ Autres lésions cérébrales (ex. : séquelles de méningite)	▪ Blessés médullaires (paraplégie ou tétraplégie traumatique) ▪ Spinabifida ▪ Poliomyélite ▪ Amyotrophies spinales : – Sclérose latérale amyotrophique ▪ Amyotrophies spinales infantiles ▪ Neuropathies : – Neuropathies héréditaires – Autres neuropathies (paralysie du plexus brachial, Guillain-Barré, etc.) ▪ Myopathies : – Dystrophies musculaires progressives – Dystrophies de Duchenne ou de Becker – Autres dystrophies progressives – Autres myopathies héréditaires (myotonies, myopathies congénitales, etc.) ▪ Autres lésions neuro-musculaires (myasthénies, myosites, etc.)	▪ Malformations : – Agénésies ou dysgénésies de tout ou d'une partie d'un ou plusieurs membres ▪ Autres malformations (luxations congénitales, pieds bots, etc.) ▪ Amputations (traumatiques et/ou chirurgicales) ▪ Dysplasies et dystrophies osseuses : – Ostéochondrites – Ostéogénèse imparfaite ▪ Autres dysplasies et dystrophies osseuses (ex. achondroplasie) ▪ Scolioses et cyphoscolioses ▪ Lésions inflammatoires, infectieuses et/ou rhumatismales : – Polyarthrite rhumatoïde – Autres lésions inflammatoires, infectieuses et/ou rhumatismales (ex.; spondylarthrite ankylosante, ostéomyélites, arthrose invalidante) ▪ Autres lésions ostéo-articulaires : – Lésions ostéo-articulaires traumatiques (BOG, séquelles de fractures, luxations traumatiques, etc.) ▪ Autres lésions ostéo-articulaires (ex. : séquelles de brûlures, arthropathies hémophiliques, tumeurs ostéo-articulaires, etc.)

¹⁴ Classification proposée par l'APF dans : *Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*. Paris : Association des paralysés de France, 1996, 505 p., p. 129-135.

5. CLIENTÈLE CIBLE

5.1 La clientèle ciblée par le plan d'action

La déficience motrice est une entité complexe qui couvre un large spectre de pathologies évolutives ou stables qui ont des répercussions fonctionnelles de sévérité variable. En fonction du mandat qui a été établi, la clientèle ciblée par le plan d'action est celle qui vit avec des incapacités significatives et persistantes. Ainsi, le plan d'action s'adresse aux personnes qui correspondent aux critères suivants :

« Personne de 18 ans et plus¹⁵ ou, si moins de 18 ans, avoir un profil adulte, présentant une déficience d'un système organique qui entraîne ou risque selon toute probabilité d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale. »

Cette définition s'inspire de celle retenue dans les orientations ministérielles 2004-2009 en déficience physique. Elle a été adaptée pour correspondre spécifiquement à une clientèle adulte ayant une déficience motrice. Comme indiqué dans le document ministériel, tous les éléments de la définition doivent être présents chez une personne pour qu'elle corresponde à la clientèle cible du Programme en déficience physique.

Définition des termes

Il a été décidé, pour les travaux du comité, d'employer la terminologie du modèle de production du handicap (PPH)¹⁶ qui est utilisé couramment en réadaptation (voir modèle à l'annexe 3).

Déficience : une déficience physique correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.

Incapacité : une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. Au regard du Programme en déficience physique, une aptitude est « la possibilité qu'a une personne d'accomplir une activité physique ou mentale ».

¹⁵ Cela pourrait inclure une personne de 16 ans lorsqu'il faut évaluer sa capacité à conduire, adapter son véhicule ou lui offrir des services du programme TEVA (transition école vie active). Il est à noter également que certains programmes reçoivent une clientèle enfant (ex : adaptation du véhicule pour le passager (enfant), programme pour les troubles graves du comportement.

¹⁶ Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Lac St-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap, 164 pages.

Habitude de vie : 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 existence.

Participation sociale : La participation sociale correspond à la réalisation des habitudes de vie, c'est-à-dire les activités courantes et les rôles sociaux d'une personne. La qualité de participation est un indicateur qui s'apprécie sur un continuum ou une échelle allant de la situation de participation sociale optimale jusqu'à la situation de handicap complète. Il est donc préférable de parler de qualité de participation sociale. La qualité de la participation sociale est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les caractéristiques de son contexte de vie¹⁷.

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

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

Épisodique : Une incapacité est dite épisodique lorsqu'elle « revient périodiquement à intervalles réguliers ». La notion d'incapacité épisodique implique en soi une persistance dans le temps.

Les conditions pouvant mener à une déficience motrice

Afin de baliser les travaux, le comité propose d'utiliser la segmentation par cause de déficience présentée au tableau 1¹⁸. Elles sont illustrées en lien avec le mandat des établissements qui desservent la clientèle en déficience physique et elles excluent donc les conditions liées au programme de santé physique et à celui de la réadaptation gériatrique.

¹⁷ RIPPH : <http://www.ripph.qc.ca>.

¹⁸ Idem note 13.

	TYPE DE DÉFICIENCE	RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE	RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE
Atteinte cérébrale	Accident vasculaire cérébral	• Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal • CSSS Cavendish - CHR Richardson • CHR Villa Medica • Hôpital juif de réadaptation de Laval	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Traumatisme craniocérébral (TCC)	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ✓ Hôpital juif de réadaptation de Laval	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Atteinte médullaire	Lésion médullaire traumatique	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (évaluation conduite automobile, adaptation du véhicule, accès aux technologies, aides techniques)
	Lésion médullaire non traumatique	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Atteinte neuro-musculaire	Autres pathologies neurologiques (neuromusculaires, etc.)	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ✓ CSSS Cavendish - CHR Richardson ✓ CHR Villa Medica ✓ Hôpital juif de réadaptation de Laval	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Atteinte ostéo-articulaire	Lésion musculo-squelettique complexe, incluant les BOG	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Affection rhumatologique	✓ N/A	✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Douleur chronique	✓ N/A	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Brûlure grave	✓ CHR Villa Medica	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
	Amputation	✓ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ✓ Villa Medica	✓ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ✓ Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

5.2 Les proches aidants

Le Conseil des aînés du Québec (2008)¹⁹ a retenu la définition du proche aidant proposée par Ducharme en 2006 : «*Le proche aidant est une personne qui, à titre non professionnel et sans rémunération, s'occupe de façon soutenue d'un proche en lui offrant un soutien émotif, en lui prodiguant des soins ou en lui rendant des services divers, destinés à compenser ses incapacités*».

Cette définition comporte une multitude de tâches aussi variées que complexes qui sont fournies à des personnes au profil tout aussi diversifié. Il peut s'agir d'un aîné, d'une personne ayant des incapacités physiques ou mentales persistantes ou encore qui est en fin de vie. Bien qu'elles s'adressent à la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, les auteurs du rapport affirment que leurs conclusions peuvent s'appliquer à toutes les personnes aux prises avec des incapacités évolutives ou persistantes.

S'appuyant sur des données d'enquête de 2001, le Conseil des aînés soutient qu'il y aurait un peu plus d'un million de proches aidants au Québec (18 % de la population du Québec). Le regroupement des aidantes et des aidants naturel(le)s de Montréal (RAANM) pour sa part estime qu'il y en aurait 281 650 à Montréal seulement. Les évaluations varient d'une étude à l'autre, mais les proches aidants auraient consacré entre trois et huit millions d'heures de services d'aide directe en 2001, ce qui pourrait équivaloir à près de cinq milliards de dollars.

Le mémoire de 2008, indique que la famille ou les proches fournissent entre 70 % et 85 % de toute l'aide requise par les aînés en perte d'autonomie. L'aide s'étend et s'intensifie sur de nombreuses années et elle persiste tout au long du cheminement résidentiel (représente 30 % des services de base en CHSLD). Les femmes offriraient la majorité des services notamment en ce qui concerne les soins personnels et les activités domestiques.

Les groupes de défense des proches aidants sont d'avis que le fardeau de la responsabilité du soutien aux proches relève d'une «solidarité familiale» imposée et démesurée qui ne découle pas d'un choix éclairé ou volontaire, mais bien d'une imposition du fait de l'absence de services étatisés adéquats.

Les proches aidants expriment de nombreuses récriminations relativement au peu d'implication de l'état dans le soutien offert aux personnes dépendantes. La lourdeur de la tâche fait en sorte qu'ils assument trop souvent leur rôle au prix de leur santé. La prévisibilité, sinon la certitude d'apparition de problèmes sérieux sur les plans de la santé physique, mentale ou du travail est attestée par plusieurs, tout comme l'isolement social et l'appauvrissement économique qui sont tout aussi fréquemment le lot des aidants naturels.

¹⁹ Ducharme, F. *Famille et soins aux personnes âgées : Enjeux, défis et stratégies*, Montréal, Beauchemin, 2006, cité par : Conseil des aînés du Québec, dans : Pour un équilibre vital : des responsabilités équitables. Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Mars 2008.

Les proches aidants souhaitent être consultés dans le processus d'attribution des services plutôt que de se voir imposer un « panier de services » prédéfini qui correspond parfois peu à leurs réels besoins et priorités. Ces services doivent être accessibles, flexibles, suffisants et correspondre à leurs besoins variés et évolutifs.

La politique gouvernementale *Chez soi : le premier choix* identifie un certain nombre de mesures de soutien aux proches aidants qui sont offertes par le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les groupes bénévoles ou les entreprises d'économie sociale. Outre les services psychosociaux, il s'agit de services de :

- Gardiennage ou la présence-surveillance dans le cas d'un adulte;
- Répit (à la maison ou en hébergement temporaire);
- Dépannage (lors d'imprévus ou d'urgences);
- Appui aux tâches quotidiennes (soin des enfants, accompagnement).

Le Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ)²⁰, un organisme qui milite pour la reconnaissance des proches aidants et de leur qualité de vie prône, entre autres, l'instauration de meilleures modalités de conciliation travail-famille qui visent à alléger la charge des proches aidants. Parmi celles-ci on retrouve : la bonification du congé de soignant, l'ajustement des prestations de compassion et des avantages sociaux et autres mesures fiscales adaptés à leur réalité.

En guise de conclusion, il apparaît à propos de reprendre les paroles du Conseil des aînés : «*Pour que la société québécoise soit une société inclusive et adaptée au vieillissement de sa population, la perte d'autonomie doit relever d'une responsabilité collective qui interpelle tous les secteurs (santé et services sociaux, habitation, transport, travail, etc.) et tous les acteurs (État, société civile, communauté, familles, individus et générations)*».

Orientation
pour le plan
d'action

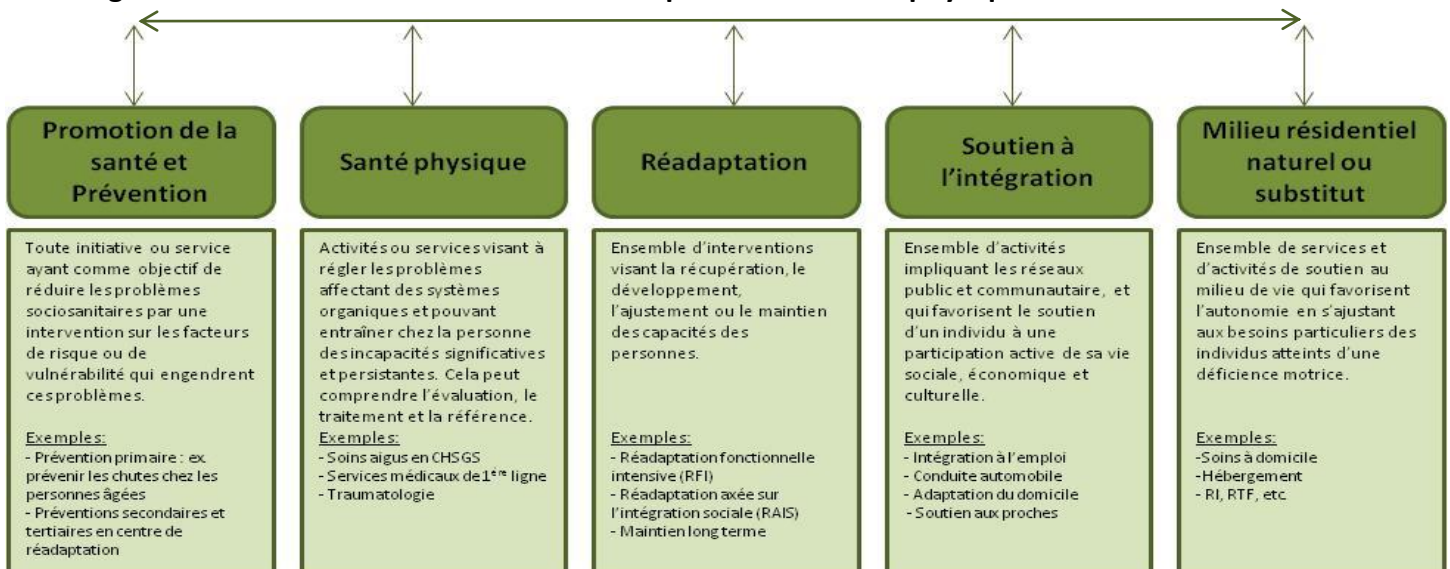
Le plan d'action devra prendre en compte les besoins et attentes des proches aidants dans l'identification des mesures visant à bonifier les services offerts aux personnes aux prises avec des incapacités graves et persistantes.

²⁰ Portrait d'organismes communautaires de proches aidants au Québec : contextes, pratiques, enjeux. RANQ, 2010. www.ranq.qc.ca.

5.3 Le continuum de services

L'identification d'une anomalie ou d'une atteinte d'un système organique lors d'un diagnostic constitue habituellement le point d'entrée dans le système de santé. Par la suite, c'est la gravité et l'importance des déficiences, des incapacités et des situations de handicap que vit la personne qui détermineront son cheminement dans le système de soins. Les travaux actuels examinent donc la trajectoire de services selon un continuum qui prend en considération l'ensemble des besoins de la clientèle. Il permet d'intégrer tous les acteurs pouvant potentiellement intervenir auprès de la clientèle ayant une déficience motrice. Basée sur les orientations du MSSS en la matière²¹, la figure 2 illustre le continuum de soins et de services pour la déficience physique.

Figure 2. Continuum de soins et de services pour la déficience physique.



Même si habituellement, le cheminement des clientèles est décrit de façon séquentielle, la nature des problèmes d'une personne peut faire en sorte qu'elle doive faire l'objet de plusieurs types d'interventions simultanément.

5.4 Les caractéristiques de la population

Les caractéristiques sociodémographiques spécifiques aux personnes ayant une déficience motrice sont difficiles à isoler par les banques de données disponibles au Québec et au Canada. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)²² réalisée par Statistique Canada et tirée du recensement de 2006, présente le plus grand nombre des caractéristiques recherchées. Il est à noter que l'EPLA se réfère également aux données de Statistique Canada qui identifient, par le biais de quelques questions, les individus pouvant participer à l'enquête. Les données de l'EPLA reposent sur un échantillon de 2 857 personnes à travers le Québec.

²¹ Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique. MSSS, 1995.

²² Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006, Institut de la statistique du Québec, 2010.

Cette enquête révèle que 10 % des Québécois vivant en ménage privé ou dans des résidences non institutionnelles pour personnes âgées présentaient une incapacité en 2006. De ce nombre, les incapacités liées à la mobilité, à l'agilité et à la douleur sont les plus courantes. Elles sont plus répandues chez les femmes avec 79,8 % d'incapacités liées à la mobilité que chez les hommes avec 62,3 %. De plus, ces problèmes s'accroissent avec l'âge. Les femmes sont généralement atteintes en plus grande proportion d'une incapacité grave à 29,9 % des cas comparativement aux hommes à 24,1 %. Pour les incapacités très graves, le constat est le même : plus de femmes en souffrent avec une proportion de 16,6 % par opposition aux hommes à 12,9 %. Soulignons que plus de 45 % des individus ayant une incapacité motrice ont aussi plus de 4 types d'incapacités²³. En ce qui concerne l'évolution de ces incapacités, il y aurait détérioration de la condition dans environ 32 % des cas au sein du groupe des 15 ans et plus. Seulement 10 % des participants à l'étude rapportaient une amélioration de leur condition.

Toujours en se basant sur l'EPLA, le MSSS, dans son document portant sur les Orientations ministérielles en déficience physique (2004-2009), a estimé à 8,8 % la prévalence au Québec d'incapacités liées à la mobilité pour les 15 ans et plus. En complémentarité avec cette donnée, l'Institut de la Statistique du Québec, dans son enquête tirée de l'EPLA 2006, estimait le taux de prévalence au niveau de la mobilité à 8,5 %, donc presque similaire à celui du MSSS. Il concluait que ce taux augmentait avec l'âge passant de 5,3 % chez les 15 à 64 ans à 25,6 % chez les 65 ans et plus. Considérant que la population totale de 15 ans et plus à Montréal était de 1 639 670 en 2006, on estime qu'environ 143 941 personnes seraient atteintes d'une incapacité liée à la mobilité (selon une prévalence de 8,8 %, dont 86 903 se situant entre 15 et 64 ans avec une prévalence de 5,3 %).

5.5 Profil des déficiences motrices à Montréal

Le tableau suivant présente, par territoire de CSSS, le nombre de personnes qui potentiellement pourraient présenter, en fonction de l'âge, une incapacité liée à la mobilité en tenant compte de ce taux de prévalence.

²³ Les types d'incapacités retenues dans cette enquête sont reliés à : l'audition, la vision, la parole, la mobilité, l'agilité, la douleur, l'apprentissage, la mémoire, la déficience intellectuelle (incluant les troubles du développement), aux aspects psychologiques et aux facteurs indéterminés.

Tableau 2.

Répartition des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité par CSSS²⁴ (N), population de 15 ans et plus (2006) selon les taux de prévalence de l'Institut de la Statistique du Québec.

Territoire de CSSS	15 - 64 ans		65 ans et plus		Total	Prévalence totale
	Nombre	Prévalence (5,3 %)	Nombre	Prévalence (25,6 %)		
CSSS Ouest-de-l'Île	145 954	7 736	27 006	6 914	172 960	14 649
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle	95 810	5 078	23 054	5 902	118 864	10 980
CSSS Sud-Ouest-Verdun	110 727	5 869	18 807	4 815	129 534	10 683
CSSS Pointe-de-l'Île	134 456	7 126	30 206	7 733	164 662	14 859
CSSS Lucille-Teasdale	127 432	6 754	26 850	6 874	154 282	13 627
CSSS St-Léonard et St-Michel	91 908	4 871	21 326	5 459	113 234	10 331
CSSS De la Montagne	155 188	8 225	32 100	8 218	187 288	16 443
CSSS Cavendish	83 739	4 438	21 734	5 564	105 473	10 002
CSSS Jeanne-Mance	120 547	6 389	13 729	3 515	134 276	9 904
CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	90 858	4 815	24 125	6 176	114 983	10 991
CSSS Cœur-de-l'Île	85 716	4 543	12 909	3 305	98 625	7 848
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	116 356	6 167	29 133	7 458	145 489	13 625
Total	1 358 691	72 011	280 979	71 931	1 639 670	143 941

Il est à noter qu'une progression du taux d'incapacité est à prévoir, car toujours selon l'EPLA, l'incapacité due à la mobilité a augmenté entre 2001 et 2006 de 4,6 % à 5,3 % pour les 15-64 ans et de 22,2 % à 25,6 % pour les 65 ans et plus.

Les données de Statistiques Canada²⁵ permettent d'obtenir d'autres informations sur la clientèle de Montréal. Les personnes ayant des incapacités représentent une population globalement en situation de pauvreté, moins scolarisée, en moins bonne santé et isolée socialement. En effet, au niveau socio-économique, 30 % des Montréalais ayant une incapacité vivaient seuls et 45 % d'entre eux gagnaient moins de 15 000 \$. Le pourcentage de ceux ayant un diplôme d'études secondaires s'élevait à 32 % et 38 % n'avaient aucun diplôme ou certificat. D'ailleurs, sur le plan de l'occupation (travail), un nombre important soit 68 % rapportait être inactif.

Beaucoup éprouvent des difficultés marquées dans la réalisation d'activités aussi essentielles que préparer ses repas, effectuer des travaux ménagers, aller à ses rendez-vous, faire ses courses, s'occuper de ses finances ou encore voir à ses soins personnels. Se loger adéquatement selon ses besoins particuliers, communiquer et se déplacer sont également des activités courantes pour lesquelles bon nombre de personnes handicapées rencontrent des obstacles récurrents²⁶. Le

²⁴ À noter que l'application d'un taux de prévalence équivalent sur chaque territoire de CSSS ne tient pas compte de leurs caractéristiques populationnelles spécifiques et n'est pas nécessairement une représentation fidèle de la réalité. Il est présenté ici à titre indicatif seulement.

²⁵ Statistique Canada, recensement 2006.

²⁶ Statistique Canada, recensement 2006.

manque de services d'accompagnement représente un obstacle de plus à la participation pleine et entière à la vie de la communauté.

Enfin, sur le plan de la mobilité des ménages, 23 % ont rapporté avoir changé de logement dans la ville de Montréal durant les cinq dernières années. La langue pouvant être un facteur à considérer afin d'obtenir des services, il est rapporté que 16 % des personnes ayant des incapacités parlaient seulement l'anglais et 6 % communiquaient dans une autre langue que l'anglais ou le français.

5.6 Perspective internationale et prévisions épidémiologiques

De nombreuses études épidémiologiques se sont attardées à l'évolution de l'incidence des déficiences motrices. Il s'agit d'un domaine vaste et complexe dont l'analyse déborderait du mandat actuel. Par ailleurs, un certain nombre de données plus significatives seront rapportées dans les prochains paragraphes. Un tableau détaillant l'incidence des principales déficiences motrices est présenté à l'annexe 4.

Le diabète de type 2 représente 90 % des cas de diabète. L'incidence de la maladie est à la hausse partout dans le monde en particulier dans les pays industrialisés et on estime qu'il y aura 300 millions de diabétiques en 2025 (incidence mondiale : 1928 / 100 000 et de 4286 / 100 000 en 2025)²⁷. Aux États-Unis, on dénombrait 20 millions de diabétiques en 2008 et on prévoit que ce nombre passera à 49 millions en 2050²⁸. Au Québec, la prévalence de la maladie a également augmenté passant de 4,5 % en 2000-2001 à 6 % en 2006-2007. L'augmentation de ce type de diabète n'est pas étrangère aux modifications des habitudes alimentaires qui, combinées à la baisse d'activité physique, sont responsables de la progression du nombre d'adultes et d'enfants obèses ou en surpoids. Près de 3 millions d'adultes québécois présentent un surplus de poids, soit près de la moitié de la population adulte.²⁹

Avec le temps, le diabète entraîne de nombreuses complications souvent graves notamment de la rétinopathie, de la neuropathie, de la douleur chronique et il est responsable de plus du trois quart des amputations médicales, en raison des problèmes vasculaires périphériques qui y sont associés³⁰. Selon Moxey et al.³¹, l'incidence des amputations dans la population générale est de 3.6 à 68.4 par 100 000 habitants alors qu'elle est de 5.6 à 600 / 100 000 chez les diabétiques. L'augmentation prévue du nombre de cas de diabète laisse entrevoir qu'un nombre important de Montréalais pourraient subir des amputations dans les prochaines années et qu'ils auront besoin de services spécialisés réadaptation à court et à long terme.

²⁷ Données épidémiologiques sur le diabète de type 2. Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques. WWW.alfdiam.org.

²⁸ Epidemiology of Diabetes and Diabetes-Related Complications. A.J. Deshpande et al., Physical Therapy, 2008; 88 : 1254-1264

²⁹ Pour guider l'action : Portrait de santé du Québec et de ses régions. Québec, 2011.

³⁰ Données épidémiologiques sur le diabète de type 2. Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques. WWW.alfdiam.org.

³¹ Lower Extremity Amputations- a Review of Global Variability in Incidence. P.W. Moxey et al. Diabetic Medicine, 2011, Vol. 28, Issue 10, p. 1144-1153.

L'arthrite rhumatoïde, l'arthrose et les maux de dos (80 % des Québécois) affectent une proportion significative de la population³². L'arthrite à elle seule touche près de 0,5 % de la population mondiale³³. L'arthrose serait même la principale cause de morbidité dans les pays développés³⁴. Comme le nombre de personnes arthrosiques demeurera proportionnel à l'augmentation de l'espérance de vie, on peut s'attendre à un nombre croissant de personnes aux prises avec des incapacités souvent graves qui nécessiteront une prise en charge médicale et de réadaptation³⁵. Ce type de maladies inflammatoires est associé à un haut niveau de morbidité évolutive et à une perte économique significative consécutive. La réadaptation constitue une stratégie privilégiée afin de maintenir une qualité de vie acceptable pour les personnes atteintes.

Il existe plus de 40 maladies neuromusculaires³⁶. L'incidence de ces maladies serait stable selon l'OMS³⁷. Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes atteintes a considérablement augmenté grâce aux progrès de la science médicale et des traitements paramédicaux. Il est maintenant permis à ces personnes d'avoir un projet de vie et une qualité de vie acceptable malgré la lourdeur de leurs atteintes. La réadaptation constitue ici aussi une avenue intéressante afin de préserver les acquis fonctionnels et limiter l'impact des incapacités résultant de l'évolution de la maladie.

La sclérose en plaques (SP) affecte 2,5 millions de personnes dans le monde³⁸. Le taux de risque d'avoir la SP varie grandement d'un pays à l'autre mais celui du Canada figure parmi les plus élevés au monde. Les atteintes sont progressives et parfois sévères, sans toutefois diminuer la durée de vie de ceux qui en sont atteints. Environ 60 % des personnes ne marchent plus après 20 ans d'évolution. L'atteinte est tant physique que cognitive ou psychologique. L'arrivée, au cours des dix dernières années, de technologies médicales de pointe et de médicaments mieux adaptés ont changé radicalement la perception de la maladie et les modes de prise en charge. La qualité de vie des personnes atteinte s'en est trouvée grandement améliorée.

La maladie de Parkinson touche toutes les strates d'âges. Chez les moins de 40 ans on indique qu'il s'agit d'un début précoce. Pour les 21 à 40 ans on le qualifiera d'apparition jeune. Pour les moins de 20 ans on parlera de Parkinson juvénile. La maladie évolue sur une longue période avec des incapacités physiques et cognitives graves et croissantes. Après 15 ans d'évolution plus de 40 % nécessiteront un placement³⁹.

³² Idem note 26.

³³ Rheumatoid Arthritis. L. Carmona, et al. Best Pract Res Clin Rheumatology, 2010. Dec., 24(6), p. 733-745. Worldwide Trends in the Socioeconomic Impact and Longterm Prognosis of Rheumatoid Arthritis. J.A. Markenson. Semin Arthritis Rheum. 1991, 21(2 Suppl 1), p. 4-12.

³⁴ Arthrose : chiffres clés et prévalence. CARENITY, Société Française de Rhumatologie, Étude COART, 2005. WWW.carenity.com.

³⁵ Les arthroses invalidantes des membres inférieurs. J.N. Heuleu. 2002. Dans : Déficiences motrices et situations de handicaps. APF.

³⁶ Les maladies neuromusculaires, une diversité qui se clarifie. H. Rivière. Association française contre les myopathies. WWW.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/maladies_neuromusculaires_p.258-262. Les maladies neuromusculaires. Intégrascol, 2012. WWW.integrascol.fr.

³⁷ Global Status Report on noncommunicable Diseases, WHO, 2010. Neurological Disorders : Public Health Challenges, WHO, 2006.

³⁸ Société canadienne de la sclérose en plaques, 2012. <http://mssociety.ca/fr/informations/default.htm>.

³⁹ Idem note 34.

Selon l'OMS⁴⁰, plusieurs maladies neurologiques évoluent sur une longue période avec des épisodes de récurrence et de rémission des symptômes et peuvent, à cet égard, être considérées comme des maladies chroniques. Le poids sociétal associé à cette entité est plus grand que celui des maladies respiratoires, digestives ou des tumeurs. L'OMS est d'avis que ces pathologies complexes requièrent une approche globale et continue qui respecte les 6 principes suivants :

- 
- 
- 1.** Accessibilité des soins et services;
 - 2.** Globalité de l'approche;
 - 3.** Coordination des services;
 - 4.** Continuité des services;
 - 5.** Efficacité – efficacité des services;
 - 6.** Équité dans l'accès et l'allocation des services.



Orientation pour le plan d'action

Le plan d'action devra prendre en compte l'augmentation prévue du nombre de Montréalais souffrant d'incapacités graves et persistantes afin d'assurer une congruence entre les besoins de ces clientèles et l'organisation des services et programmes.

⁴⁰ Idem note 34.

6. ÉTABLISSEMENTS

L'organisation des soins pour la clientèle ayant une déficience motrice implique une chaîne de services continus et complexes qui comprend plusieurs établissements ayant des vocations différentes. Les établissements qui offrent des services à la clientèle en déficience motrice adulte sont les suivants :

- Les CSSS (avec ou sans centre hospitalier)
 - Les CHSLD;
- Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) non associés à un CSSS;
- Les centres hospitaliers de réadaptation (CHR);
- Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP);

Les services offerts dans chacun de ces établissements sont présentés brièvement.

6.1 Les centres de santé et des services sociaux (CSSS)

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont des établissements multivocationnels qui exploitent un centre local de services communautaires (CLSC), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la plupart des cas, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Le CSSS a une responsabilité populationnelle envers les résidants de son territoire de desserte et il est responsable de définir l'organisation des services pour chacun des programmes-services définis par le Ministère.

La clientèle qui présente des incapacités significatives et persistantes est généralement référée au programme-service « déficience physique ». Les services qui sont offerts par les CSSS peuvent être de trois ordres :

- **Des services professionnels** tels les services médicaux, soins infirmiers, nutrition, des services posthospitaliers de réadaptation, de l'ergothérapie, de la physiothérapie, l'orthophonie, etc. À noter que les services d'audiologie ne sont pas disponibles en CSSS;
- **Des services d'aide à domicile** tels de l'assistance personnelle et de l'aide domestique, offerts selon différentes modalités : personnel du CSSS, entreprise d'économie sociale, main d'œuvre indépendante ou chèque emploi service;
- **Des services de soutien aux proches-aidants** tels du gardiennage, du répit ou du soutien psychologique.

Dans la majorité des CSSS montréalais, les usagers ayant une déficience physique sont inclus dans le programme pour les personnes en perte d'autonomie qui comprend les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou à une déficience ainsi que les soins palliatifs, les problématiques de santé physique, etc. En ce sens, les programmes-services peuvent être organisés de manière différente dans chacun des douze CSSS montréalais.

(1) Les services à domicile

Les services d'aide à domicile (SAD) offrent une aide personnelle ou professionnelle pour maintenir la personne dans son milieu de vie naturel. La nature, la fréquence ou l'intensité des services sont déterminés par un système d'évaluation. Il est souhaitable que la prise en charge soit globale et multidisciplinaire afin de répondre efficacement aux besoins et au projet de vie de la personne. D'ailleurs, la politique du MSSS en matière de SAD⁴¹ stipule que pour améliorer l'accès aux services et pour mieux répondre aux besoins, il est nécessaire d'adopter des critères clairs d'admissibilité et d'harmoniser les pratiques. Les CSSS doivent également être en mesure d'offrir une gamme de services professionnels en tout temps pour du dépannage en situation d'urgence.

Au niveau des services de soutien à domicile, les données tirées de la banque de données I-CLSC montrent que les CSSS ont desservi 8 578 usagers différents de 18 ans et plus ayant un profil de déficience physique en 2010-2011.

Tableau 3.

Nombre d'usagers uniques de 18 ans et plus et nombre d'interventions selon le profil déficience physique (210). I-CLSC, Année 2010-2011.*

Territoires de CSSS	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Moyenne annuelle d'interventions par usager
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	693	34 929	50,4
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	659	28 365	43,0
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	619	31 115	50,3
CSSS de la Pointe-de-l'Île	1 207	52 935	43,9
CSSS Lucille-Teasdale	950	51 494	54,2
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	637	15 426	24,2
CSSS de la Montagne	655	28 352	43,3
CSSS Cavendish	723	21 507	29,7
CSSS Jeanne-Mance	529	41 574	78,6
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	451	25 106	55,7
CSSS du Cœur-de-l'Île	366	21 467	58,7
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	1 089	37 952	34,9
Total	8 578	390 222	45,5

* Les interventions faites en gré-à-gré dans le cadre du chèque emploi-service ne sont pas comptabilisées.

⁴¹ Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile, MSSS, 2003.

En termes de lieu d'intervention, près de 87,8 % ont été effectuées à domicile alors que 9,3 % ont été faites au CLSC et 2,4 % en résidence privée. On note une variation importante dans l'offre de service entre les CSSS alors que celui de St-Léonard et St-Michel présente une moyenne de 24,2 interventions par usager et celui de Jeanne-Mance 78,6 interventions. Lorsque l'on analyse les résultats en fonction de l'âge, on remarque que 45,1 % de la clientèle avait entre 45 et 64 ans et 38,5 % avait plus de 65 ans.

En tenant compte des indicateurs des ententes de gestion 2010-2011 pour la clientèle de tous âges en déficience physique au SAD :

- Un des engagements était de rejoindre 11 372 usagers. Le nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien à domicile se situe plutôt à 8 578 usagers, soit à 75 % de la cible fixée;
- Un autre des engagements était de diminuer le nombre moyen d'interventions à 34,5 alors que les résultats ont été de 45,5 interventions en moyenne.

Mentionnons que les cibles des indicateurs de gestion 2011-2012 du MSSS pour ces deux indicateurs ne sont plus quantifiées. On vise plutôt le maintien ou l'augmentation du nombre d'usagers et de la moyenne d'interventions⁴².

Orientation
pour le plan
d'action

Il y aurait lieu d'harmoniser les offres de services selon les profils de déficiences motrices pour réduire l'inégalité des services/soins dispensés par les CSSS.

⁴² Fiches descriptives des indicateurs. Service du développement de l'information, Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2011.

Le volume d'interventions selon trois des centres d'activités pour le profil de déficience physique est présenté au tableau suivant.

Tableau 4.

Nombre d'interventions selon trois centres d'activités (6531, 7161 et 7162), profil déficience physique (210), usagers de 18 ans et plus, I-CLSC, 2010-2011.

Territoire de CSSS	Aide à domicile (6531)		Ergothérapie à domicile (7161)		Physiothérapie à domicile (7162)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	27 286	78,1 %	2 683	7,7 %	459	1,3 %
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	20 805	73,3 %	2 682	9,5 %	220	0,8 %
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	24 276	78,0 %	2 265	7,3 %	627	2,0 %
CSSS de la Pointe-de-l'Île	40 889	77,2 %	2 033	3,8 %	529	1,0 %
CSSS Lucille-Teasdale	38 342	74,5 %	3 383	6,6 %	395	0,8 %
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	11 732	76,1 %	467	3,0 %	707	4,6 %
CSSS de la Montagne	22 288	78,6 %	1 839	6,5 %	262	0,9 %
CSSS Cavendish	15 213	70,7 %	965	4,5 %	763	3,5 %
CSSS Jeanne-Mance	32 677	78,6 %	3 079	7,4 %	181	0,4 %
CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	19 666	78,3 %	2 832	11,3 %	183	0,7 %
CSSS du Cœur-de-l'Île	16 630	77,5 %	1 856	8,6 %	76	0,4 %
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	26 827	70,7 %	2 765	7,3 %	491	1,3 %
Total	296 631	76,0 %	26 849	6,9 %	4 893	1,3 %

On note que 76 % des interventions à ce programme l'ont été pour de l'aide à domicile. Seulement 8,2 % des services offerts étaient de la réadaptation (6,9 % pour de l'ergothérapie et 1,3 % pour de la physiothérapie).

Le tableau suivant montre que plus du tiers des demandes reçues au SAD profil 210 en déficience physique provient des centres hospitaliers de courte durée.

Orientation
pour le plan
d'action

Il y aurait lieu que des balises claires soient définies quant à l'offre de service régionale sur le plan de la réadaptation.

Tableau 5.

Nombre de demandes de services au profil déficience physique (210), selon le type de provenance, Année 2010-2011 (I-CLSC).

Type de références	Nombre	Pourcentage
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés *	424	34,6 %
Aucune référence formelle (autoréférence)	344	28,0 %
Autre CSSS	129	10,5 %
Toute autre référence formelle**	82	6,7 %
Clinique médicale privée	77	6,3 %
Autres demandes***	171	13,9 %
Total	1 227	100,0 %

* La notion de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés inclut aussi les CHR.

** Références effectuées par les entreprises privées qui ont une entente formelle avec le réseau.

***Comprend les CRDP, CRDI, GMF, Centres jeunesse, écoles, Curatelle publique, etc.

On dénombre 2 066 interventions individuelles effectuées à domicile pour l'évaluation ou la réévaluation de l'autonomie de l'utilisateur. L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)⁴³ est utilisé pour tous les nouveaux usagers inscrits au soutien à domicile.

Il est mentionné dans le document intitulé : « À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité » que « *les personnes handicapées et les familles doivent faire face à des processus d'évaluation, souvent lourds et répétitifs, devant continuellement démontrer leurs besoins, fournir des formulaires, obtenir des examens médicaux, et parfois recommencer le tout l'année suivante* »⁴⁴. Ce constat souligne le problème toujours très actuel du dédoublement des évaluations lorsqu'un usager reçoit des services de plusieurs établissements ou partenaires.

Toutefois, très peu de plans de service individualisé (PSI) sont élaborés, alors que celui-ci s'avère un outil précieux de planification des services qui permettrait d'éliminer les redondances et réévaluations. En effet, les données de la banque I-CLSC montrent que moins de 1 % des usagers ont eu une intervention liée à la concertation clinique (acte principal d'intervention 9100). Cet outil est privilégié lorsqu'une personne doit recevoir pour une période prolongée des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 103). Tel qu'indiqué dans la politique ministérielle *Chez soi, le premier choix*, le PSI permet la planification et la coordination des services requis par la personne et sa famille⁴⁵. La première et la plus importante mesure pour appuyer les proches-aidants demeure l'accès à des services de soutien à domicile bien organisés et continus pour la personne ayant une incapacité.

⁴³ Cet outil est en révision afin de mieux répondre aux besoins des personnes avec des limitations fonctionnelles.

⁴⁴ À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées, p. 47.

⁴⁵ Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile, MSSS, 2003, p.19.

Par ailleurs, Ex aequo⁴⁶, un organisme voué à la défense des droits des personnes ayant une déficience motrice trace un portrait assez sombre quant à la situation des Montréalais atteints d'une déficience motrice au regard des SAD. L'auteur du rapport constate que des difficultés sérieuses sont vécues au quotidien par un bon nombre de personnes, ce qui l'amène à conclure que : «*Le projet de vie des personnes est évincé, les services s'avèrent, pour plusieurs, inadéquats et l'organisation ainsi que la prestation des services sont irrespectueuses des individus et de leurs droits fondamentaux*».

Enfin, le MSSS définit un indice de besoin basé sur la consommation pour le programme de déficience physique dont un volet touche le programme SAD en CSSS (incluant les organismes communautaires). Cet indice permet de comparer un territoire de CSSS ou une région par rapport à la moyenne nationale et ce, tant au niveau des dépenses que des services dispensés. L'indicateur de besoin permet de pondérer la population d'une région en fonction de sa structure d'âge selon 19 groupes d'âge. L'indicateur SAD-DP pour la région de Montréal a été estimé à 96,3 en 2009-2010. En tenant compte que les dépenses du programme ont été d'un peu plus de 38M\$ en 2009-2010, le per capita pondéré en fonction de cet indice est établi à 21 \$. La moyenne nationale est de 22 \$ ce qui signifie que la population montréalaise consomme pour l'équivalent de 1 \$ de moins que celle du reste du Québec. Le chapitre 8.2 traite des impacts de l'application de cet indice sur les prévisions de dépenses du programme.

(2) L'accès aux services

Tel que décrit dans le plan d'accès aux services pour les personnes présentant une déficience, les CSSS gèrent leurs listes d'attente en fonction des trois niveaux de priorités. Le tableau suivant présente les proportions d'utilisateurs pour lesquelles les délais d'accès ont été respectés selon le niveau de priorité sur le nombre total de demandes reçues.

Tableau 6.

Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges, Année 2010-2011, GESTRED.

Indicateurs de gestion	Cible 2010-2011	Engagement 2010-2011	Résultats 2010-2011
Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges – Toutes priorités	90 %	75 %	47,8 %
Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges – Niveau de priorité « Urgent »	90 %	75 %	51,8 %
Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges – Niveau de priorité « Élevée »	90 %	75 %	46,1 %

⁴⁶ Inclusion sociale et services de soutien à domicile : une question de justice, ex aequo, 2010.

On remarque que les CSSS n'ont pas atteint les cibles fixées. Cependant, l'utilisation du système d'information n'étant pas tout à fait optimale, il n'est pas possible de rendre compte de l'ensemble des services offerts en CSSS. Des travaux sont en cours afin d'améliorer la validité et la fiabilité des données, ce qui permettra d'obtenir un portrait plus juste de la situation et des services offerts dans les délais fixés par le MSSS. À titre d'exemple, mentionnons que certains services tels que les allocations directes, ne sont pas comptabilisés par I-CLSC. Enfin, les CSSS ont rapporté qu'ils visent à répondre aux besoins dans les délais prescrits pour un premier service, mais il n'en demeure pas moins que des délais existent pour les services spécifiques de continuité, particulièrement en ergothérapie.

(3) Le chèque emploi-service (CES)

Le programme provincial d'allocation directe « chèque emploi-service » (CES) est un mécanisme de gestion de l'allocation financière attribuée par les CSSS à une personne handicapée ou en perte d'autonomie ayant généralement des besoins intensifs et à long terme. Toute personne ayant accès à ce programme peut embaucher un employé de gré à gré ou utiliser les services d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) afin d'obtenir un soutien dans la réalisation des activités du quotidien. Le nombre d'heures de services est déterminé par le CSSS et le paiement est versé par le Centre de traitement du CES, actuellement géré en privé par le service de paie des Caisses populaires Desjardins.

Au cours des 4 dernières années, près de 2,9 M\$⁴⁷ ont été alloués au développement des services à domicile pour les personnes handicapées. Ces sommes ont été dirigées en grande partie vers le programme Chèque emploi-service. Elles ont produit 17 000 heures supplémentaires de services par période financière auprès de 295 personnes entre 2006-2007 et 2009-2010 (ou 221 000 heures par année en moyenne). Le tableau 7 présente la distribution des sommes investies à Montréal dans cette modalité de service entre 2006-2007 et 2009-2010.

⁴⁷ Direction des Programmes-Services, Agence, 2011.

Tableau 7.

Données relatives au financement et à l'attribution du programme de CES à Montréal, Agence, 2011.

Années	Nombre d'utilisateurs	Heures totales	Moyenne d'heures	Coûts totaux	Coût moyen
2006-2007	864	623 236	721 h	7 091 168 \$	8207 \$
2007-2008	930	718 449	772 h	8 144 898 \$	8758 \$
2008-2009	1 054	790 227	750 h	9 374 610 \$	8894 \$
2009-2010	1 159	841 410	726 h	9 990 743 \$	8620 \$
Écart 2006 et 2010	+ 295	+ 218 174	+ 5 H	+ 2,9 M\$	+ 413 \$

(4) Le programme POSILTH

Le programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées (POSILTH) permet de rendre accessible des services intensifs à domicile aux personnes handicapées qui le nécessitent, favorisant ainsi leur maintien dans la communauté. Depuis quelques années, le budget du POSILTH est intégré au budget du soutien à domicile mais est néanmoins protégé en étant identifié par une ligne budgétaire distincte (ligne 2437). Le POSILTH permet de s'assurer qu'un nombre d'heures de soins à domicile soit spécifiquement attribué à la clientèle handicapée (déficience physique ou mentale) selon leurs besoins réels mais, dans les faits, le programme est surtout utilisé par les personnes présentant une déficience physique principalement motrice.

Le programme fait l'objet d'un suivi à l'Agence et les CSSS transmettent les données relatives aux utilisateurs inscrits au 31 mars. Selon le portrait de 2010-2011, les CSSS ont reçu près de 11 M\$ qui ont permis de desservir 1 123 utilisateurs et d'offrir 16 710 heures de service pour une moyenne de 15 heures/soins par semaine par utilisateur (voir annexe 5).

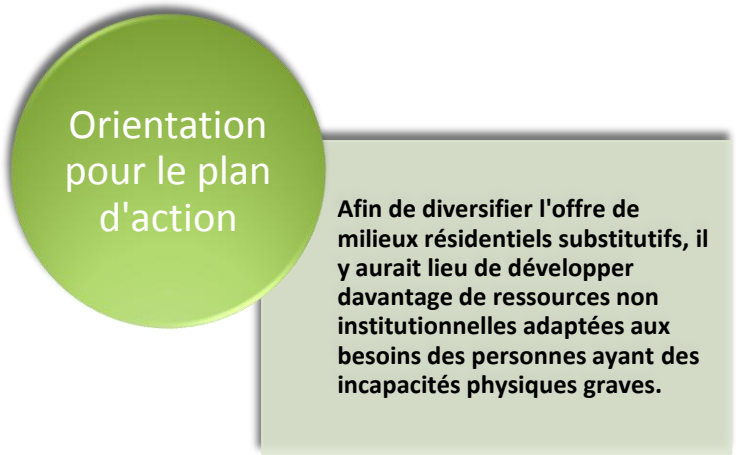
6.1.1 Les CHSLD

D'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle liée au vieillissement ou à diverses maladies ou déficiences physiques et qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

Les CHSLD accueillent un certain nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une déficience physique. Une programmation adaptée aux besoins de cette clientèle a été élaborée par les établissements concernés. L'admission à ces ressources est gérée par le Service régional des admissions (SRA) de l'Agence de santé.

Selon le système régional d'admission (SRA), le nombre de personnes de moins de 65 ans représentait environ 10 % de la clientèle en CHSLD, soit 1 300 personnes. Les systèmes de données ne nous permettent pas de distinguer dans quel établissement les personnes ayant un profil de déficience physique se retrouvent. En effet, l'utilisateur peut choisir l'établissement où il veut être hébergé et l'âge n'est pas un critère pour les identifier.

Par contre, il y a deux établissements à Montréal qui historiquement accueillent une clientèle de 65 ans et moins avec un profil de déficience physique. Il s'agit du CHSLD du Centre-ville de Montréal (St-Charles-Boromée) qui a 192 lits dressés de plus de 3 heures-soins et l'Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, qui a 366 lits dressés de plus de 3 heures-soins. À cela s'ajoute des places dans des ressources non institutionnelles qui sont décrites au chapitre 7.3.



Orientation
pour le plan
d'action

Afin de diversifier l'offre de milieux résidentiels substitutifs, il y aurait lieu de développer davantage de ressources non institutionnelles adaptées aux besoins des personnes ayant des incapacités physiques graves.

6.2 Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

La mission ou la raison d'être d'un centre hospitalier est d'offrir à la population qu'il dessert des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, que ce soit sur une base ambulatoire ou hospitalière.

Les salles d'urgence des CHSGS reçoivent des usagers lorsque leur condition de santé se détériore rapidement ou à la suite d'un traumatisme. De plus, tel que mentionné précédemment, certains établissements hospitaliers montréalais possèdent une désignation en traumatologie de niveau secondaire ou tertiaire.

Pour les fins du présent état de situation, trois catégories majeures de causes des déficiences motrices ont été retenues : les déficiences par atteintes cérébrales, celles par atteintes médullaires et neuromusculaires et les lésions ostéo-articulaires. C'est ce qui correspond de plus près à une clientèle présentant un profil de déficience physique grave telle que définie au chapitre 5. Le tableau suivant montre la distribution des hospitalisations dans les hôpitaux montréalais pour ces catégories de déficiences motrices ainsi que la durée moyenne de séjour.

Tableau 8. Distribution des hospitalisations pour les 3 catégories de déficiences motrices (diagnostics principaux) en séjour de courte durée dans les CHSGS de Montréal, 2009-2010.

ÉTABLISSEMENTS	Nb Hospit.	DMS
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE	996	10,9
HOPITAL DE LASALLE	172	9,7
HOPITAL DE LACHINE	101	14,9
HOPITAL DE VERDUN	1 356	9,9
HOPITAL FLEURY	765	9,3
HOPITAL JEAN-TALON	1 243	10,4
HOPITAL SANTA CABRINI	1 228	14,2
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL	31	9,5
HOPITAL DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	3 534	11,0
L'HOPITAL GENERAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	2 122	12,7
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	1 819	10,5
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	1 203	11,1
HOTEL-DIEU DU CHUM	991	13,2
HOPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	2 138	12,6
HOPITAL SAINT-LUC DU CHUM	301	15,1
HOPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTREAL	1 305	10,3
HOPITAL ROYAL VICTORIA	312	14,2
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	2 157	11,1
Total	21 774	

Source : Med-Echo, 2009-2010

Afin de raffiner l'analyse des données, elles ont été examinées sous différents angles. Elles ont d'abord été classées par indicateur de gravité clinique de l'épisode de soins⁴⁸. Cette classification est présentée au tableau 9.

Tableau 9. Distribution des hospitalisations pour les 3 catégories de déficiences motrices (diagnostics principaux) selon la gravité, en séjour de courte durée dans les CHSGS de Montréal, 2009-2010.

ÉTABLISSEMENTS	Gravité: FAIBLE		Gravité: MODÉRÉE		Gravité: ÉLEVÉE		Gravité: EXTRÊME		TOTAL	
	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE	551	5,2	282	12,7	135	25,4	28	33,0	996	10,9
HOPITAL DE LASALLE	44	4,2	61	8,4	51	12,4	16	20,7	172	9,7
HOPITAL DE LACHINE	26	9,7	45	12,4	26	23,0	4	24,0	101	14,9
HOPITAL DE VERDUN	580	6,1	550	10,0	187	16,9	39	29,6	1 356	9,9
HOPITAL FLEURY	281	6,3	365	9,2	111	16,9	8	15,1	765	9,3
HOPITAL JEAN-TALON	530	6,6	585	11,0	113	22,9	15	31,8	1 243	10,4
HOPITAL SANTA CABRINI	511	9,3	529	13,9	170	26,6	18	39,6	1 228	14,2
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL	2	4,0	16	5,3	9	6,9	4	34,5	31	9,5
HOPITAL DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	1 836	7,4	1 092	11,0	482	19,0	124	32,6	3 534	11,0
L'HOPITAL GENERAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	924	5,7	783	10,4	311	26,8	104	49,0	2 122	12,7
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	722	3,8	678	8,3	350	20,9	69	48,8	1 819	10,5
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	670	7,8	388	12,4	126	20,5	19	34,6	1 203	11,1
HOTEL-DIEU DU CHUM	344	8,3	375	10,9	200	17,7	72	36,4	991	13,2
HOPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	691	6,3	862	10,1	448	19,7	137	36,4	2 138	12,6
HOPITAL SAINT-LUC DU CHUM	68	7,2	105	12,4	103	18,8	25	33,0	301	15,1
HOPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTREAL	444	6,0	603	7,9	219	20,3	39	38,5	1 305	10,3
HOPITAL ROYAL VICTORIA	91	4,6	121	11,7	71	21,2	29	37,2	312	14,2
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	945	5,9	739	9,1	339	18,9	134	39,4	2 157	11,1
Total	9260		8179		3451		884		21774	

Source : Med-Echo, 2009-2010

Par la suite, une distribution par grandes catégories de causes des déficiences a été effectuée. Elle offre une perspective plus précise en fonction des clientèles ciblées par le plan d'action. Elle est présentée au tableau 10.

Tableau 10. Distribution des hospitalisations par cause des déficiences motrices, 2009-2010.

	Cause de la déficience motrice					
	Par lésions cérébrales	%	Par lésions médullaires et neuromusculaires	%	Par lésions ostéo-articulaires	%
Diagnostics	TCC, tumeur, SP, Parkinson, etc.	72,2 %	Neuromusculaires, neuropathies, myopathies, etc.	94,6 %	Arthrite, blessures traumatiques multiples, etc.	98,6 %
	Vasculaire, AVC, etc.	27,8 %	Lésion médullaire	5,4 %	Brûlures	1,1 %
					Amputations	0,3 %
Total		100 %		100 %		100 %
%	(23,8 %)		(3,6 %)		(72,5 %)	
					(100 %)	

Source : Med-Echo, 2009-2010

Les atteintes de gravité faible occupent une place importante dans la distribution des clientèles ciblées avec 43 % (n= 9260, voir tableau 9). Par ailleurs, 53 % sont plutôt de gravité modérée et élevée (n= 8179 + 3451), ce qui aurait dû entraîner une plus large proportion d'utilisateurs orientés en

⁴⁸ Basé sur l'indicateur de gravité clinique de l'APR-DRG. La sous-classe définitive du patient est établie en fonction de l'importance du diagnostic principal, de l'âge, des interventions pratiquées en salle d'opération et des combinaisons de catégories de diagnostics secondaires.

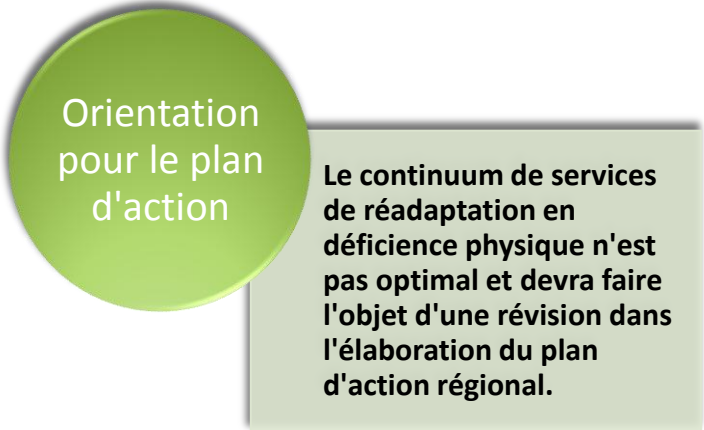
réadaptation que celle qui a été mesurée dans l'extraction soit, 0,1 % (n= 17; 17/21 774). La distribution de l'échantillon par catégorie de déficience n'apporte pas de réponse, puisque le profil témoigne de pathologies gravissimes associées à des incapacités souvent lourdes et permanentes (ex. : 72,2 % TCC, tumeur, etc. et 94,6 % atteintes neuromusculaires).

La clientèle admise en CHSGS dans ces programmes provient des régions de Montréal (65,9 %), de la Montérégie (10,9 %), de Laval (7,5 %), des Laurentides (6,2 %) et de Lanaudière (3,8 %). Au congé, 68,4 % des usagers retournent à domicile avec (21 %) ou sans services des CSSS, 0,1 % sont admis en centres de réadaptation, 6,5 % en CHSLD et 25 % sont dirigés vers toutes autres destinations. On estime à environ 10 000, le nombre de personnes qui retourneraient à domicile avec ou sans services. Les statistiques actuelles ne nous permettent pas d'évaluer quel pourcentage a reçu des services à domicile, ni vers quels établissements elles auraient été référées.

Rappelons que l'élaboration par l'Agence des paramètres d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation en janvier 2007⁴⁹ a permis aux centres hospitaliers de centraliser leurs références vers les établissements de réadaptation désignés par la mise en place de deux guichets uniques : celui des AVC et autres neuros et celui pour les amputés, les BOG et les TCC. De cette manière, la sélection d'un CHR et les procédures de référence autrefois laborieuses ont été grandement améliorées.

6.3 Les centres hospitaliers de réadaptation (CHR)

Les centres hospitaliers de réadaptation offrent des services de réadaptation fonctionnelle intensive sur une base interne et externe à la clientèle ayant une déficience motrice. Leur clientèle provient presque exclusivement des CHSGS. Des critères spécifiques ont été établis pour l'admission d'un usager.



Orientation
pour le plan
d'action

Le continuum de services de réadaptation en déficience physique n'est pas optimal et devra faire l'objet d'une révision dans l'élaboration du plan d'action régional.

⁴⁹ Organisation des services posthospitaliers de réadaptation intensive et des soins subaigus, janvier 2007.

Ces critères sont :

- De nécessiter des services de réadaptation sur une base quotidienne;
- D'avoir un potentiel de réadaptation, de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités;
- De pouvoir retourner dans son milieu naturel ou un milieu alternatif en requérant moins de trois heures de soins par jour;
- De ne pas présenter un trouble grave de comportement non contrôlable et menaçant sa sécurité ou celle d'autrui.

Comme il a été établi dans les travaux antérieurs, ces établissements ont regroupé leurs services par programme⁵⁰. La répartition des lits par établissement est la suivante.

Tableau 11.

Répartition des lits par centre hospitalier de réadaptation aux programmes de déficience physique (Agence, DDOR, 2011).

Établissements	Atteinte cérébrale, médullaire et autre atteinte du système nerveux			Atteinte ostéo-articulaire			Total des lits
	AVC et autres neuros	TCC*	BM*	Amputations	BOG	Brûlures graves*	
CSSS Cavendish-CHR Richardson	21						21
IRGLM-Pavillon Gingras	15	18	25	18	4		80
IRGLM-Pavillon Lindsay	24 10 Montréal 2 Lanaudière 7 Montérégie 4 Laurentides 1 autre région			9			33
CHR Villa Medica	65			15 5 Montréal 2 Montérégie 5 Laurentides 3 autres régions		6	76
Total	125	18	25	42	4	6	220

* Des lits sont utilisés pour les autres régions dans les consortiums et centres d'expertise de l'ouest du Québec.

Les mêmes clientèles que celles étudiées pour les centres hospitaliers de courte durée ont été identifiées en CHR afin d'apprécier les trajectoires de services. On constate au tableau suivant que les transferts des CHSGS ont été effectués en respectant les clientèles déterminées par le cadre de référence en soins posthospitaliers⁵¹.

⁵⁰ Cadre de référence des services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus, juin 2010.

⁵¹ Cadre de référence en services posthospitaliers, en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal, 2010.

Tableau 12.

Nombre d'admissions en CHR, selon la gravité et durée moyenne de séjour en lien avec les 3 catégories majeures de diagnostics pouvant mener à une déficience motrice (diagnostic principal) pour 2009-2010.

ÉTABLISSEMENTS	Gravité: FAIBLE		Gravité: MODÉRÉE		Gravité: ÉLEVÉE		Gravité: EXTRÊME		TOTAL	
	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS	Nb Hospit.	DMS
HOPITAL CATHERINE BOOTH DE L'ARMÉE DU SALUT	104	33,1	340	38,4	122	48,9	9	37,9	575	39,7
HOPITAL MARIE CLARAC	162	34,5	562	37,2	264	49,3	21	55,1	1 009	40,3
VILLA MEDICA	111	25,8	448	37,5	295	48,3	17	62,8	871	40,2
HOPITAL RICHARDSON	39	43,6	169	42,5	76	48,7	4	28,5	288	44,1
L'HOPITAL DE READAPTATION LINDSAY	182	38,6	392	43,8	127	45,1	4	41,8	705	42,7
L'INSTITUT DE READAPTATION DE MONTREAL	16	60,3	178	43,8	215	55,3	41	88,9	450	54,0
Total	614		2089		1099		96		3898	

Source : Med-Echo, 2009-2010

Au total, 3898 personnes ont été admises dans un des CHR montréalais en 2009-2010, ce qui représente en proportion 18 % de la clientèle admise en CHSGS (voir tableau 8) pour la même année (non en nombre de références car seulement 0,1 % ont été orientés en réadaptation). La majorité des admissions concernent des niveaux modérés et élevés de gravité. Les DMS sont conformes et homogènes d'un centre à l'autre.

Des données tirées des Med-Echo révèlent que 78,8 % des usagers admis au programme de déficience physique des CHR sont des Montréalais, 7,1 % proviennent de la Montérégie et, au total, 10,5 % habitent les régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Une des orientations du plan d'organisation 2007 visait les services à la clientèle des autres régions⁵² : « *Sauf pour les clientèles nécessitant des services surspécialisés de réadaptation pour lesquels des établissements montréalais ont été désignés, les usagers des autres régions seront orientés vers leur région de résidence pour recevoir les services de réadaptation et les soins subaigus requis pour leur condition* ».

Un comité interrégional réunissant les Agences de Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie a été mis sur pied afin de développer une proposition de rapatriement de leur clientèle qui serait synchronisée avec les budgets de développement. Au total, 136 lits dont 39 pour la clientèle du programme déficience physique devaient être rapatriés. Il avait aussi été entendu que l'Hôpital juif de réadaptation continuerait d'offrir des services à la clientèle montréalaise ayant subi un AVC, en plus de recevoir la clientèle de confession juive dans ses autres programmes. Cette orientation devait être réévaluée le 31 mars 2011.

Sur les 136 lits, 96 lits n'ont pas encore été rapatriés. Tel que démontré au tableau 11, 24 places sont encore disponibles pour les autres régions au programme de déficience physique. Une

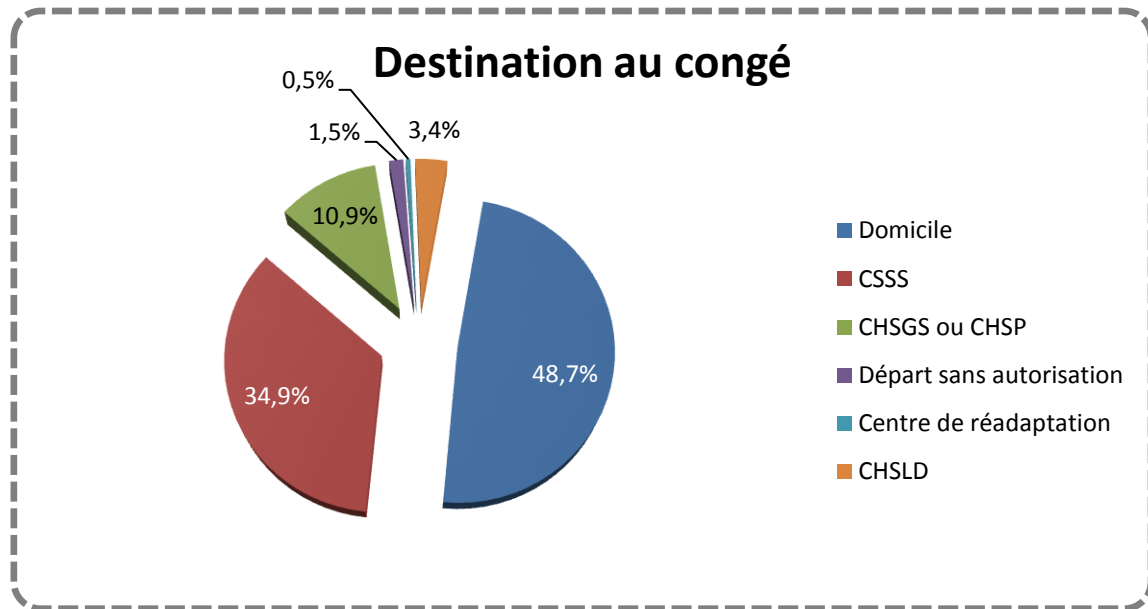
⁵² Organisation des services posthospitaliers de réadaptation et des soins subaigus, 2007.

démarche de mise à jour est en cours entre le MSSS et les Agences des régions concernées afin de faire le point et de prendre position sur les suivis à donner.

Les usagers se retrouvent majoritairement à leur domicile à la suite de leur séjour en CHR, tel que le montre la figure suivante.

Figure 1.

Destinations des usagers suite à une hospitalisation en CHR au programme de déficience physique, Année 2009-2010, Med-Echo.



Les données de l'outil WEB sur la fin de soins actifs en réadaptation (FSA) obtenues entre novembre 2010 et novembre 2011 précisent ces résultats. En effet, les données indiquent que 28 % de la clientèle était retournée à domicile sans service, 34,5 % avec des services du CSSS, 9 % vers les services externes, 5 % vers les services SARCA, 13 % vers les services d'hébergement (CHSLD et RNI) et 1,7 % en CRDP. Ainsi, en tenant compte de ces résultats, on remarque qu'environ un individu sur quatre (28 %) admis aux différents programmes de déficience physique en CHR retourne à domicile sans services.

À la lumière de ces informations, on constate que seul un très petit pourcentage d'individus est orienté dans un CRDP (0,1 % CHSGS vers CHR et 0,5 % CHR vers CRDP) et que, pour plusieurs autres personnes, leur statut quant à la poursuite des services de réadaptation est inconnu. On peut présumer que ces personnes étaient lourdement atteintes puisqu'elles ont nécessité deux séjours hospitaliers consécutifs.

D'ailleurs, lors des rencontres préparatoires au présent document, les représentants des CHR rapportent avoir de la difficulté à recommander des usagers au programme de maintien à domicile des CSSS faute de ressources disponibles. L'accès réduit à des services externes de réadaptation ou encore l'insuffisance de soutien financier pour couvrir les frais de déplacement des usagers afin qu'ils reçoivent des services externes de réadaptation a comme conséquence de prolonger dans certains cas les durées de séjour en CHR. Enfin, les séjours en CHR peuvent être prolongés pour pallier à l'absence d'équipements disponibles rapidement à domicile.

(1) L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)⁵³

Cet établissement est le résultat d'une fusion du CHR Institut de réadaptation de Montréal (IRM) et du CHSGS l'Hôpital de réadaptation Lindsay qui s'est concrétisée légalement le 14 mars 2008. L'IRGLM est un établissement surspécialisé en réadaptation fonctionnelle pour des personnes adultes ayant des déficiences physiques graves. Il inclut aussi une affiliation universitaire pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de réadaptation. Il offre à une clientèle adulte des services de réadaptation orthopédique, neurologique, pour les personnes amputées et de soins subaigus sur une base hospitalière et ambulatoire.

L'IRGLM s'avère l'unique ressource à dispenser de la réadaptation fonctionnelle intensive aux personnes avec blessure médullaire pour Montréal et tout l'Ouest du Québec (TVA mandat provincial). Il est membre du Consortium régional de Montréal pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave et il est partenaire au niveau du continuum de services relatif à l'offre de services surspécialisés pour les personnes présentant un trouble grave du comportement (TGC) en lien avec un TCC.

(2) Le CHR Richardson

Le CHR Richardson est un établissement intégré du CSSS Cavendish. Il fournit aux usagers des services de réadaptation intensive en interne et en externe avec une approche interdisciplinaire dans deux programmes : AVC et autres neuro et réadaptation gériatrique. Les usagers présentant des conditions neurologiques autres que l'AVC, dont le Parkinson, la sclérose en plaques et les tumeurs cérébrales, peuvent aussi être admissibles pour de la réadaptation. Leur mission est de s'assurer que l'utilisateur acquiert une autonomie fonctionnelle suffisante et de fournir le soutien nécessaire afin qu'il puisse retourner dans la communauté en toute sécurité. Le programme vise

⁵³ Une description plus détaillée des services offerts par les CHR est présentée à l'annexe 6.

également à améliorer le niveau fonctionnel et la qualité de vie de ceux qui ne peuvent retourner à domicile.

L'hôpital Richardson est le seul CHR intégré au sein d'un CSSS, ce qui leur permet d'offrir des services de réadaptation à domicile via les intervenants du CLSC. Ce service a comme objectif d'offrir une continuité dans les soins et de la réadaptation en augmentant le niveau de fonctionnement de l'utilisateur.

(3) Le CHR Villa-Medica

Le CHR Villa Medica est un établissement privé, conventionné, spécialisé en réadaptation physique. Sa mission est de prodiguer des soins et services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à des personnes adultes en déficience physique et en santé physique. L'établissement s'implique dans la formation et la recherche. Il est partenaire de l'unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu du CHUM ainsi qu'avec l'association « Entraide Grands Brûlés ». Il a été désigné en 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme étant le CHR attribué au Centre d'expertise pour les adultes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec. À ce titre, il est le seul hôpital de réadaptation pour les personnes victimes de brûlures graves pour les régions de Montréal et l'ouest du Québec (6 lits dressés de soins et de réadaptation pour les personnes victimes de brûlures graves).

(4) Les services externes

Les services externes de réadaptation visent trois types de clientèle : la clientèle de santé physique, de déficience physique et de réadaptation gériatrique. Ils concernent les personnes qui présentent des incapacités physiques interférant avec la réalisation des habitudes de vie et qui nécessitent des services de RFI. Pour accéder à ces services, la clientèle doit présenter un potentiel de réadaptation et être en mesure de recevoir ce type de service sur une base externe. Le tableau 13 présente un aperçu de la fréquentation des services par type de déficience. La majorité des usagers (82 %) a subi un AVC ou souffre d'une autre atteinte neurologique.

Tableau 13.

Nombre d'usagers desservis par les CHR sur une base externe par programme de déficience physique, portrait le 1 novembre 2011.

Établissements	AVC et autres neuros	Amputation	BM	TCC	BOG	Brûlures graves	Total
CSSS Cavendish-CHR Richardson	28	-	-	-	-	-	28
CHR Villa Medica	34	5	0	0	0	17	56
IRGLM	172	9	8	10	2	-	201
Total	234	14	8	10	2	17	285
Pourcentage	82,1 %	5 %	3 %	3,3 %	0,7%	6 %	100 %

En ce qui concerne l'origine des usagers, ils proviennent en majorité des bureaux de médecins et des hôpitaux (38,7 % et 16,5 %, Voir tableau 14).

Tableau 14.

Provenance des références des usagers à l'externe des CHR en fonction des référents, 2010-2011, portrait le 1 novembre 2011.

Référents	CSSS Cavendish-CHR Richardson	Villa Medica	IRGLM	Total	%
CHSGS	25	13	17	55	16,5 %
CSSS, CLSC et CHSLD	1			1	0,3 %
Centres de réadaptation		1	3	4	1,2 %
Médecin – Clinique privée			129	129	38,7 %
Auto-référence		42		42	12,6 %
Interne			44	44	13,2 %
Autres	58			58	17,4 %
Total	84	56	193	333	100 %

Le tableau 15 présente les jours-traitement pour les usagers vus par les services externes des CHR. Les « AVC et autres neuros » consomment à eux seuls 75 % du temps utilisé en externe (Tableau 15). Par ailleurs, le CHR Villa Medica offre près de 70 % de l'ensemble des jours-traitements comptabilisés.

Tableau 15.

Nombre de jours-traitement en externe par CHR et par programme.

Établissements	Atteinte cérébrale, médullaire et autre atteinte du système nerveux			Atteintes ostéo-articulaires			Total	%
	AVC et autres neuros	TCC	BM	Amputation	BOG	Brûlures graves		
CSSS Cavendish-CHR Richardson*	2 617						2 617	21 %
CHR Villa Medica*	5 697	0	0	75	0	2 823	8 595	69 %
IRGLM**	977	-	-	156	101	-	1 234	10 %
Total	9 291	0	0	231	101	2 823	12 446	100 %
Pourcentage	74,6 %			1,8 %	0,8 %	22,7 %	100 %	

*Données pour l'année 2009-2010; **2011-2012 – Périodes 1 à 7

La fin de l'intervention est prévue lorsque les objectifs de réadaptation sont atteints ou lorsqu'ils peuvent être atteints via un programme d'exercices à domicile ou en vaquant aux activités de la vie quotidienne. Parfois, la réadaptation prendra fin lorsqu'il n'y aura plus de progrès significatif dans la réalisation des habitudes de vie de la personne. Il va sans dire qu'un refus de l'utilisateur, des

absences répétées ou une incapacité à participer aux activités de réadaptation peuvent également mettre fin au traitement.

(5) Les services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA)

SARCA est un programme financé de façon récurrente dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences. Les services sont offerts par les CHR et les CSSS. Ils ont comme objectif de permettre aux établissements de donner congé plus rapidement à des usagers hospitalisés et d'offrir ces services sur une base externe. Cela a pour effet d'une part de réduire la durée moyenne de séjour en réadaptation et, d'autre part, d'accélérer l'admission des usagers hospitalisés en CHSGS qui attendent pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Ces services ambulatoires sont offerts après un épisode de soins en centre hospitalier, en centre hospitalier de réadaptation (CHR), en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF).

En plus de s'adresser aux programmes de santé physique et de réadaptation gériatrique, ce programme accueille la clientèle DP ayant les problématiques suivantes⁵⁴:

- Lésions musculosquelettiques complexes incluant les blessures orthopédiques graves;
- Maladies inflammatoires dégénératives (à caractère évolutif, ex.: arthrite rhumatoïde);
- Amputations;
- Brûlures graves;
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC);
- Lésions médullaires traumatiques ou non (incluant TVA);
- Traumatismes craniocérébraux (TCC);
- Maladies neuromusculaires et évolutives;
- Autres pathologies neurologiques (incapacité temporaire ou permanente).

Tel qu'il a été mentionné, les demandes doivent être acheminées vers les guichets uniques AVC et autres neuros (IRGLM), amputés-BOG (Villa Medica) ou vers les établissements désignés pour les autres pathologies en déficience physique. Les demandes interétablissements doivent être faites à l'aide du document principal de la DSIE. Si des services de soutien à domicile sont requis pour la dispensation de services ambulatoires de réadaptation, l'établissement demandeur doit en faire la demande au programme de services de soutien à domicile du CSSS d'appartenance de la clientèle, en précisant qu'il s'agit d'une clientèle prioritaire du programme SARCA. Peu de données sur ce programme sont actuellement disponibles puisqu'il a été instauré depuis moins d'un an (avril 2011)⁵⁵ pour la clientèle adulte admise en CHR et en URFI.

⁵⁴ Direction des programmes-services, Agence, 2011.

⁵⁵ Le programme SARCA a été instauré en janvier 2009 pour la clientèle âgée provenance des CHSGS, des CHR et des URFI. En avril 2011, cette mesure a été élargie à la clientèle adulte.

Les établissements présentés au tableau suivant ont établi une offre de service à l'intérieur du programme SARCA pour la clientèle ayant une déficience physique.

En ce qui a trait au financement, les montants investis dans le programme totalisent 3 064 499 \$ en 2011. De ce montant 24 % est consacré à la déficience physique et 76 % en santé physique.

Tableau 16.

Offre de services ambulatoires de réadaptation via le programme SARCA

	IRGLM	Villa Medica	CSSS Cavendish- CHR Richardson	CSSS Sud-Ouest-Verdun
AVC et autres neuros	X	X	X	X
Amputés	X	X (membres inférieurs)		
Blessures orthopédiques graves incluant les BOG	X			
Brûlures graves		X		
Services de réadaptation à domicile			X	

6.4 Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)

Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) offrent des services de nature spécialisée ou surspécialisée en adaptation et en réadaptation axés sur l'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique (motrice). Ces services incluent le soutien à l'intégration, l'aide et l'accompagnement aux proches et à la famille ainsi que des ressources résidentielles alternatives, le tout, dans le but de permettre la participation sociale et maximiser la qualité de vie de la clientèle. Les Centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge se sont partagés historiquement la clientèle des CSSS en fonction des deux territoires des RUIS de Montréal comme indiqué au tableau suivant.

Tableau 17.

Répartition des répondants comme partenaire aux CSSS, par RUIS, projet clinique en Déficience motrice, Regroupement des établissements en déficience physique de Montréal (RERDPM), 2006.*

CRDP Constance-Lethbridge (RUIS McGill)	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
	CSSS Dorval-Lachine-LaSalle
	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
	CSSS Cavendish
	CSSS de la Montagne
	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (une partie)

CRDP Lucie-Bruneau (RUIS Université de Montréal)	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (une partie)
	CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord
	CSSS du Coeur-de-l'Île
	CSSS Jeanne-Mance
	CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
	CSSS Lucille-Teasdale
	CSSS de la Pointe-de-l'Île

** Cette répartition ne s'applique pas au Programme des aides techniques.*

Dans les deux CRDP, la majorité des interventions se font en externe. Par ailleurs, le centre Lucie-Bruneau possède une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de 18 places. Cette unité est consacrée majoritairement à la clientèle BM en provenance de l'IRGLM qui ne peut réintégrer son domicile pour des raisons de proximité, d'adaptations non réalisés ou pour d'autres raisons.

Le Centre Lucie-Bruneau est un établissement gestionnaire de ressources intermédiaires pour la clientèle DP adulte francophone. Le Centre Constance-Lethbridge pour sa part détient le même mandat mais pour la clientèle anglophone. Le tableau suivant décrit les services offerts par les deux établissements.

Tableau 18.

Définition abrégée des programmes et services de réadaptation offerts par les deux CRDP de Montréal⁵⁶

Type de déficience		Réadaptation axée sur l'intégration sociale	
		CRLB	CRCL
Lésion cérébrale	Accident vasculaire cérébral	✓	✓
	Traumatisme craniocérébral (TCC)	✓	✓
	Déficit moteur cérébral, maladies neurodégénératives, tumeurs	✓	✓
Lésion médullaire	Lésion médullaire traumatique	✓	✓ (1)
	Lésion médullaire non traumatique	✓	✓
	Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)	✓	
Lésion ostéo-articulaire	Lésion musculo-squelettique complexe, incluant les BOG	✓	✓
	Affection rhumatologique		✓
	Douleur chronique	✓	✓
	Brûlure grave	✓	✓
	Amputation	✓	✓
Programme multi-clientèles	Conduite automobile	✓	✓
	Capacité de travail	✓	✓
	TEVA	✓	✓
	Autres services, cliniques spécialisées	✓	✓
	Aides techniques	✓	✓

(1) Pour l'évaluation de la conduite automobile, l'adaptation du véhicule, l'accès aux technologies et les aides techniques.

Le tableau 19 offre une répartition des usagers des CRDP en fonction de leur diagnostic et de leur âge.

⁵⁶ Une description plus détaillée de leurs services est présentée à l'annexe 6.

Tableau 19.

Répartition des usagers en réadaptation-déficience motrice [centre d'activités 8020] en CRDP.

Source : AS-484, MSSS 2011.

CRDP	Déficience motrice	2008-2009				2009-2010			
		18-64 ans	> 65 ans	Total	%	18-64 ans	> 65 ans	Total	%
LUCIE-BRUNEAU	Déficits moteurs cérébraux	-	-	-	-	-	-	-	-
	Trauma craniocérébral	148	25	173	20,1 %	163	33	196	18,7 %
	Maladies neuromusculaires	222	43	265	30,9 %	237	61	298	28,4 %
	Myélopathies	120	16	136	15,8 %	225	33	258	24,6 %
	Lésions musculo-squelettiques	101	18	119	13,8 %	65	9	74	7 %
	AVC	158	6	164	19,1 %	198	22	220	21 %
	Total	749	108	857	100 %	888	158	1046	100 %
CONSTANCE-LETHBRIDGE*	Déficits moteurs cérébraux	24	5	29	1,7 %	20	5	25	1,3 %
	Trauma craniocérébral	163	53	216	12,5 %	209	52	261	13,8 %
	Maladies neuromusculaires	182	45	227	13,1 %	231	70	301	15,9 %
	Myélopathies	13	3	16	0,9 %	31	4	35	1,8 %
	Lésions musculo-squelettiques	710	226	936	54,3 %	684	193	877	46,4 %
	AVC	205	94	299	17,3 %	271	117	388	20,5 %
	Total	1 297	426	1723	100 %	1 446	441	1887	100 %

* Suite à l'utilisation d'une méthode de comptabilisation des usagers basée sur les heures de prestation de services, le nombre d'usagers est supérieur au réel⁵⁷

On remarque que les maladies neuromusculaires occupent un volume important en proportion des autres maladies au CRLB. Au second rang, on retrouve les myopathies et les AVC. Au CRCL, la distribution est différente avec une nette dominance des troubles musculo-squelettiques (46,4 %). Par ailleurs, les AVC et les maladies neuromusculaires y sont également assez fréquentes. Sauf exception, les volumes demeurent constants d'une année à l'autre.

Le tableau 20 montre que les deux CRDP ont offert des services spécialisés à 4 288 usagers différents en 2009-2010.

⁵⁷ Cette précision a été ajoutée à la demande de l'établissement. Elle s'applique aux tableaux 19,20, 21, 22 et 24.

Tableau 20.**Usagers différents inscrits en CRDP selon trois groupes d'âge. AS-484, MSSS 2011.**

Paramètres d'inscription	Année 2009-2010							
	CR-Lucie-Bruneau				CR-Constance-Lethbridge*			
	18-21 ans	22-64 ans	65 +	Total 18 +	18-21 ans	22-64 ans	65 +	Total 18 +
Usagers au début de l'année	86	1 209	91	1 386	32	574	165	771
Nouveaux usagers durant l'année	49	560	109	718	30	971	412	1 413
Total	135	1 769	200	2 104	62	1 545	577	2 184
Départ d'usagers durant l'année	22	520	91	633	29	877	399	1 305
Usagers inscrits à la fin de l'année	113	1 249	109	1 471	33	668	178	879

* Suite à l'utilisation d'une méthode de comptabilisation des usagers basée sur les heures de prestation de services, le nombre d'usagers est supérieur au réel.

Il indique que les cibles des ententes de gestion avec les CRDP n'ont pas été atteintes (indicateur 1.4.8). En effet, selon les ententes 2008-2009 et reconduites par la suite en 2009-2010, le CR Lucie-Bruneau devait desservir annuellement 2 361 usagers alors qu'il en a inscrit 2 104 (cible atteinte à 89 %). Le CR Constance-Lethbridge en a inscrit 2 184 alors qu'il devait en accueillir 2 607 (cible atteinte à 84 % mais à nuancer car basé sur une surestimation du nombre d'usagers). En tenant compte de la fréquentation de la clientèle dans les deux CRDP, cela représente un écart de service d'au moins 12 %. Par ailleurs, on note que plus des deux tiers des usagers admis ou inscrits en CRDP avaient entre 22 et 64 ans. En ce qui concerne le nombre d'usagers inscrits de plus de 18 ans au début et à la fin de l'année, on retrouve une augmentation modeste de 6 % (1386 versus 1471) pour Lucie-Bruneau et de 14 % (771 versus 879) pour Constance-Lethbridge.

Comme mentionné précédemment, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre des services à l'interne pour la clientèle blessée médullaire. En 2009-2010, cette unité a accueilli 69 usagers dont la plupart (83 %) ont eu leur congé durant l'année (AS-484, MSSS). Le nombre de jours présence pour cette unité totalise 6 101 jours et la durée moyenne de séjour par usager est estimée à 88 jours.

Le tableau suivant montre que les usagers des CRDP en déficience motrice sont en majorité des Montréalais (85,3 % et 86 %).

Tableau 21.
Provenance des usagers en CRDP. AS-484, MSSS 2011 ⁽¹⁾

Régions	Année 2009-2010							
	CR Lucie-Bruneau				CR Constance-Lethbridge*			
	Nombre d'usagers DM (8020 et 8030)	%	Nombre d'usagers DM adapt/intég. Socio. Prof (8040)	%	Nombre d'usagers DM (8020 et 8030)	%	Nombre d'usagers DM adapt/intég. Socio. Prof (8040)	%
Montréal	862	85,3 %	1 229	72,1 %	1 631	86 %	747	73,2 %
Laval	31	3,1 %	63	3,7 %	21	1,1 %	19	1,9 %
Lanaudière	20	2 %	71	4,2 %	20	1,1 %	37	3,6 %
Laurentides	16	1,6 %	78	4,6 %	17	0,9 %	51	5 %
Montérégie	66	6,5 %	205	12 %	182	9,6 %	97	9,5 %
Autres	16	1,6 %	58	3,3 %	17	1,1 %	64	6,5 %
Hors Québec	0	0 %	0	0 %	9	0,5 %	4	0,4 %
Total	1 011	100 %	1 704	100 %	1 897	100 %	1 021	100 %

(1) À noter que certains usagers peuvent être inscrits dans plus d'un programme

* Suite à l'utilisation d'une méthode de comptabilisation des usagers basée sur les heures de prestation de services, le nombre d'usagers est supérieur au réel.

Par ailleurs, dans chacun des établissements près de 15 % des usagers résident à l'extérieur de Montréal et la majorité de ceux-ci habitent en Montérégie (CRLB : 6,5 % et CRCL : 9,6 %). Il est à noter que les CRDP ont des mandats suprarégionaux pour certains services, ce qui peut expliquer en partie ces résultats. Toutefois, le pourcentage pour la Montérégie est nettement supérieur à celui des autres régions limitrophes pour lesquelles un mandat suprarégional existe aussi.

Afin de déterminer le niveau de concordance entre le découpage territorial du tableau 17, entériné par l'ASSSM en 2006 et la réalité d'aujourd'hui, l'Agence a demandé aux deux CRDP de fournir un portrait de leur clientèle à un moment précis. Le tableau suivant montre que cette distribution régionale de clientèle est toujours bien respectée par les établissements.

Tableau 22.

État de situation sur le territoire de résidence des usagers inscrits en CRDP. Données fournies par les CRDP, 12 octobre 2011⁽¹⁾.

Territoire de CSSS	CR Constance-Lethbridge ⁽²⁾		CR Lucie-Bruneau	
	Nombre	%	Nombre	%
CSSS l'Ouest-de-l'Île	630	25,7 %	7	5,8 %
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	400	16,3 %	12	10 %
CSSS Sud-Ouest-Verdun	326	13,3 %	14	11,5 %
CSSS Cavendish	426	17,4 %	7	5,8 %
CSSS de-la-Montagne	476	19,4 %	34	28 %
CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	186	7,6 %	47	38,8 %
Sous-Total (Ouest de Montréal)	2 444	100 %	121	100 %
Pourcentage	(73 %)		(14 %)	
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	46	15,4 %	95	16,4 %
CSSS Cœur-de-l'Île	20	6,7 %	74	12,8 %
CSSS Jeanne-Mance	88	29,5 %	78	13,4 %
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	36	12 %	70	12,1 %
CSSS Lucille-Teasdale	42	14 %	121	21 %
CSSS Pointe-de-l'Île	66	22 %	140	24,2 %
Sous-Total (Est de Montréal)	298	100 %	578	100 %
Pourcentage	(9 %)		(68 %)	
EXTÉRIEUR DE MONTRÉAL	Sous-Total	604	154	
Pourcentage	(18%)		(18 %)	
Grand total	3346		853	
Pourcentage	(100 %)		(100 %)	

(1) À noter que certains usagers peuvent être comptés plus d'une fois puisqu'ils sont dans plus d'un programme.

(2) Suite à l'utilisation d'une méthode de comptabilisation des usagers basée sur les heures de prestation de services, le nombre d'usagers est supérieur au réel

Ainsi, pour les deux CRDP, 82 % des usagers proviennent des territoires qui leur sont dédiés et 18 % de d'autres régions. Malgré cette homogénéité, on remarque un profil de consultation singulier pour certains territoires de CSSS. Le CRLB reçoit 39 % de sa clientèle du territoire du CSSS Bordeaux-Cartier-Ville-St-Laurent et 24 % de celui de Pointe-de-l'Île, des territoires assez éloignés de ses installations. Le CRCL en accueille 30 % du territoire du CSSS Jeanne-Mance, qui ne fait pas partie de ses territoires désignés et 22 % De Pointe-de-l'Île, un territoire très éloigné de l'établissement. Il est à noter que le CRCL dessert l'ensemble du territoire de Montréal pour son programme de rhumatologie, alors que le CRLB fait de même pour la clientèle blessure médullaire traumatique, ce qui peut en partie expliquer cet état de fait.

Par ailleurs, le portrait de clientèles produit par les CRDP permet d'estimer le pourcentage de demandes en fonction des différents référents. Le tableau suivant en indique la répartition par établissement.

Tableau 23.

Provenance des références en fonction du nombre d'utilisateurs des deux centres de réadaptation, Données fournies par les CRDP, 12 octobre 2011.

Provenance 2011	CR Constance-Lethbridge		CR Lucie-Bruneau
	Nombre	%	
CHSGS	393	30 %	N/D
Bureau médecin /clinique privée	256	20 %	N/D
CSSS, CLSC et CHSLD	159	12,3 %	N/D
IRGLM	112	8,7 %	N/D
Centres de réadaptation	90	7 %	N/D
Auto-référence	44	3,4 %	N/D
Interne (CRCL)	31	2,4 %	N/D
SAAQ	22	1,7 %	N/D
Associations	16	1,2 %	N/D
CSST	13	1 %	N/D
Autres	153	11,9 %	N/D
Total	1289	100 %	N/D

Soulignons que les deux sources les plus importantes de références au CR-Constance-Lethbridge sont les centres hospitaliers (30 %) et les médecins en clinique privée (20 %).

Une fois inscrit, l'utilisateur peut fréquenter plus d'un programme. Le tableau 24 présente la fréquentation des programmes des deux CRDP. Le programme de conduite automobile arrive au premier rang à Constance-Lethbridge suivi du programme de neurologie et du programme d'autogestion de la douleur chronique. À Lucie-Bruneau, les programmes les plus utilisés sont ceux des maladies évolutives et de la conduite automobile.

Tableau 24.

Fréquentation des programmes du CRDP Constance-Lethbridge et du CRDP Lucie-Bruneau.
Données fournies par les CRDP, 12 octobre 2011.*

Programmes	CR Constance-Lethbridge**		CR Lucie-Bruneau	
	Nombre	%	Nombre	%
Conduite automobile	455	26,3 %	125	12,6 %
Neurologie	349	20,2 %	105	10,6 %
Douleur chronique	235	13,6 %	106	10,7 %
Rhumatologie	208	12 %	-	-
Maladies évolutives	-	-	137	13,8 %
Évaluation et orientation	130	7,5 %	-	-
Blessés médullaires	-	-	122	12,3 %
Transition école-vie active (TÉVA)	106	6,1 %	90	9 %
Accès aux technologies	75	4,3 %	92	9,3 %
Parents Plus	-	-	89	9 %
T.C.C.	84	4,9 %	63	6,4 %
Orthopédie	82	4,8 %	54	5,5 %
Troubles graves du comportement	-	-	7	0,7 %
Total	1 724	100 %	990	100 %

* Les données sociorésidentielles et les données des programmes d'aide technique à la mobilité et à la posture sont exclues du tableau.

** Suite à l'utilisation d'une méthode de comptabilisation des usagers basée sur les heures de prestation de services, le nombre d'usagers est supérieur au réel.

Le centre Constance-Lethbridge reçoit une proportion élevée d'usagers (35 %) provenant de l'extérieur de la région dans son programme de conduite automobile (voir Annexe 7). Cette tendance s'observe également au niveau du programme TÉVA où 48 % de la clientèle est de l'extérieur de Montréal alors qu'au niveau du programme des douleurs chroniques cette proportion s'élève à 24 %. L'ensemble des autres programmes démontre des variations entre 0 % et 13 % de clientèle provenant de l'extérieur de la région.

(1) L'accès aux services

Comme il est décrit dans le plan d'accès aux services pour les personnes présentant une déficience, les CRDP doivent gérer leurs listes d'attente en fonction des trois niveaux de priorités. Selon les indicateurs de gestion portant sur les délais d'accès au programme de déficience physique, le tableau suivant présente la proportion d'usagers ayant subi des délais selon les cibles prévues. On note que deux des trois cibles n'ont pas totalement été atteintes.

Tableau 25.

Indicateurs de gestion en centre de réadaptation (CRDP), selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – tous âges, Année 2010-2011

Indicateurs de gestion	Cible 2010-2011	Engagements 2010-2011	Résultats 2010-2011
Taux de respect du délai d'accès aux services en CRDP pour les personnes de tous âges – toutes priorités	90 %	75 %	71,5 %
Taux de respect du délai d'accès aux services en CRDP pour les personnes de tous âges – Niveau de priorité « Urgent »	90 %	75 %	100,0 %
Taux de respect du délai d'accès aux services en CRDP pur les personnes de tous âges – Niveau de priorité « Élevée »	90 %	75 %	69,5 %

Enfin, un élément important touchant la continuité des services a été soulevé par les membres du comité de travail. Selon eux, les CSSS prennent en charge la clientèle trop tardivement c'est-à-dire lorsque les CRDP ont atteint leurs objectifs de réadaptation. Cette approche séquentielle ne permet pas d'être proactif dans la coordination des services, ce qui peut entraîner des bris de continuité et des délais pour certains usagers. D'autres problématiques ont été mentionnées au regard des services externes notamment au niveau des clientèles desservies par le programme SARCA. Les CRDP craignent de perdre une partie de leur clientèle au profit du programme SARCA puisque des pathologies normalement desservies par les CRDP y sont également admissibles (ex. : TCC, BM et BOG) et que peu de personnes sont dirigées vers un CRDP à la suite d'interventions par le programme SARCA.



Orientation pour le plan d'action

L'enjeu d'accroître l'accès, la complémentarité et la coordination des services demeure entier. L'arrimage des différents niveaux de services, particulièrement pour les services externes de réadaptation, se fera par l'identification d'une trajectoire qui départage les rôles et responsabilités des acteurs impliqués (ex. : frontière RFI-RAIS), identifie les mécanismes de coordination (ex. : PSI, intervenant pivot) et établit des corridors bidirectionnels entre les CSSS, les CHR et les CRDP (ex. : entrée et rentrée dans la trajectoire), devra constituer un élément central du plan d'action.

7. SERVICES FAVORISANT L'INTÉGRATION SOCIALE

7.1 L'accès aux soins et services médicaux

L'enquête de 2011 réalisée par l'Agence sur la satisfaction des usagers des services de santé et des services sociaux démontre que 62 % des Montréalais déclarent avoir un médecin de famille et 8 % déclarent avoir un médecin régulier (ex. : dans une clinique sans rendez-vous). Une proportion significative de Montréalais (30 %) éprouve donc toujours des difficultés à avoir accès à un médecin de famille. En outre, les représentants des établissements et des groupes communautaires ont témoigné que l'accès à un médecin de famille et aux services médicaux de 1^{re} ligne est plus difficile pour la clientèle ayant une déficience motrice.

L'évaluation diagnostique d'une déficience physique peut être faite par les médecins et les professionnels en centre hospitalier ou en clinique privée. Dans des cas plus complexes, le diagnostic peut être posé par les hôpitaux surspécialisés de Montréal. Il est souligné par les représentants des établissements (CSSS et CRDP) que des barrières architecturales limitent fréquemment l'accessibilité aux services. Ils notent aussi l'absence d'aménagement approprié dans certaines cliniques privées (ex. rampe d'accès, ascenseur), mais également l'absence d'équipement de transfert dans les salles d'examen. Cette problématique serait également présente dans les salles de consultations externes des centres hospitaliers, limitant ainsi l'accès à des examens diagnostiques.

De plus, la proportion de personnes ayant des besoins non comblés en soins de santé ou en services sociaux augmente de manière significative à chaque degré de gravité de l'incapacité. Au Québec, la proportion des besoins non comblés est de 25 % chez les personnes ayant une incapacité grave ou très grave⁵⁸. Parallèlement, cette clientèle lourde consulte davantage les médecins de famille et les spécialistes à une hauteur de 94 % ce qui rajoute de la pression sur les soins de première ligne.

Orientation pour le plan d'action

Accroître l'accès pour les Montréalais à des services de santé de 1^{re} ligne représente une priorité régionale de premier plan pour les cinq prochaines années. Les efforts consentis à cet égard devront s'attarder aux besoins particuliers des personnes ayant des incapacités physiques graves et persistantes (accessibilité physique, expertise et complexité des problématiques).

⁵⁸ Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006 (EPLA).

7.2 Les aides techniques

Le programme d'aides techniques est partagé en plusieurs types de services. Il y a d'abord le service d'adaptation au domicile, les programmes d'équipement d'aide à la vie quotidienne, les services d'aides techniques et les programmes d'accès aux technologies. Le MSSS octroie des budgets spécifiques destinés aux appareils suppléant à une déficience physique. Au Québec, entre 1998 et 2008, l'attribution des subventions dans ce domaine a presque doublé, passant de 46 M\$ en 1998 à 83 M\$ en 2008. Le nombre de bénéficiaires a également subi un bond important, passant de 53 476 en 1998 à 78 599 en 2008⁵⁹.

Le tableau 26 illustre l'ensemble des programmes d'aides techniques en déficience motrice ainsi que les fiduciaires et les établissements mandataires.

⁵⁹ Informations extraites des Statistiques annuelles de la RAMQ, avril 2010.

Tableau 26.**Distribution des différents programmes d'aides techniques et de leur fiduciaire.**

PROGRAMME	DESCRIPTION
FIDUCIAIRE : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC	
Aides à la motricité	Orthèses et prothèses, aides à la marche (par exemple : cannes, béquilles), à la locomotion (par exemple : fauteuils roulants), à la posture (par exemple : coussins adaptés).
FIDUCIAIRES : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
Aides à l'élimination	Fournitures pour les fonctions d'élimination (par exemple : culottes d'incontinence)
Aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique	Dispositifs pour l'adaptation de la chambre à coucher, de la salle de bains et de la cuisine (par exemple : ustensiles adaptés, lève-personnes).
Chaussures orthétiques et appareillage de chaussures	Adaptation de chaussures dans les cas d'incapacités sévères à marcher.
FIDUCIAIRES : INSTITUT DE RÉADAPTATION GINGRAS-LINDSAY DE MONTRÉAL (IRGLM) INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC	
Triporteurs et quadriporteurs	Aides à la locomotion pour les personnes ayant des incapacités sévères en matière de marche, notamment les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou respiratoires.
Déambulateurs	Aides à la locomotion extérieure pour les personnes ayant une déficience motrice ou atteintes de maladies cardiovasculaires ou respiratoires.
Tricycles et vélos adaptés	Vélos et tricycles adaptés pour les jeunes de 18 ans et moins incapables d'utiliser un vélo ou un tricycle régulier.
AUTRES FIDUCIAIRES	
Aides à la communication (PATCOM)	Aides à la communication orale, non orale, écrite, à la téléphonie et au contrôle de l'environnement (par exemple : téléphones adaptés avec un contrôle par le souffle, claviers surdimensionnés pour utiliser l'ordinateur) (Hôpital Sainte-Justine).
ÉTABLISSEMENTS MANDATAIRES	
Programme de remboursement de frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité	Rembourse une partie des frais inhérents à l'utilisation d'un chien d'assistance dans le but de compenser certaines incapacités motrices. (L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec).

Le **Programme d'adaptation de domicile (PAD)** de la Société d'habitation du Québec (SHQ) a pour but de permettre à la personne handicapée d'accomplir ses activités quotidiennes dans son logement et ainsi, de favoriser son soutien à domicile. Il consiste en une aide financière versée au propriétaire pour l'exécution des travaux d'adaptation qui répond aux besoins de la personne handicapée. Les principales étapes de traitement de la demande d'aide sont les suivantes : l'inscription au programme, la constitution du dossier, son approbation, l'exécution des travaux et le versement de l'aide financière.

L'aide financière prend la forme d'une subvention pouvant atteindre 16 000 \$. La SHQ peut également verser des montants additionnels pouvant atteindre 7 000 \$ au besoin. Lorsque des

équipements spécialisés sont nécessaires, un montant allant jusqu'à 10 000 \$ peut aussi être accordé. Au 30 septembre 2011, la région de Montréal comprenait 843 dossiers en attente ou en cours de processus pour le PAD (SHQ, 2011). Par ailleurs, un relevé fait auprès des 12 CSSS le 16 janvier 2012 indique que 24 dossiers sont en attente d'une évaluation par l'ergothérapeute. Il est à noter que l'Office municipal d'habitation de Montréal est responsable d'adapter les logements HLM et que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ont également des programmes d'adaptation au logement.

Le **département des aides techniques de l'IRGLM** recommande, conçoit, fabrique et répare des orthèses, des prothèses de membres inférieurs et supérieurs, des aides à la mobilité (fauteuils roulants), des aides à la posture (positionnement), des orthèses plantaires, des chaussures sur mesure, des aides compensatoires, des aides à la communication et des contrôles d'environnement adaptés à une clientèle présentant une déficience physique motrice. Le service des aides techniques de l'IRGLM a pour objectif de contribuer à la participation sociale active de chacun des usagers, offrant des services tant à la clientèle hospitalisée à l'IRGLM qu'à une clientèle externe. Cette dernière est quant à elle, constituée d'usagers et d'établissements (partenaires-clients). Bien qu'en lien étroit avec la mission de l'IRGLM, la gamme de services offerts par les aides techniques de l'Institut, rejoint une clientèle plus variée que celle de l'établissement.

Les **services d'aides techniques des Centres de réadaptation Constance-Lethbridge et Lucie-Bruneau** visent, quant à eux, à favoriser l'accomplissement des habitudes de vie des personnes qui présentent une incapacité physique. Ces services sont offerts au siège social des CRDP concernés, dans le milieu de vie de l'utilisateur ou dans les établissements du réseau avec qui les CRDP ont une entente interétablissement. Les services suivants sont offerts : ① évaluation interdisciplinaire des besoins; ② conception, fabrication, ajustement, entretien et réparation des appareils suppléants en déficience physique, tels que : déambulateurs, cannes, fauteuils roulants manuels, motorisés et bases de positionnement, orthèses membres supérieurs et inférieurs, aide à la posture, système de positionnement, coussins de dos et de siège, tables cabarets, etc. ③ récupération et valorisation de fauteuils roulants. ④ programme d'entretien préventif dans les établissements. Le CRCL offre également un service de vente d'aides techniques de tout genre (chaussures, vêtements compressifs) et de vente d'aides à la vie quotidienne. Le CRLB a aussi un mandat régional pour la banque de prêts d'équipements pour les fauteuils roulants manuels et motorisés notamment auprès du réseau des CHSLD et des CRDITED.

Les trois établissements de réadaptation procèdent à la recommandation et à l'entraînement à l'utilisation d'aides à la communication et de contrôle de l'environnement.

Tel qu'il est indiqué dans le tableau 26, l'**Agence** est fiduciaire de trois programmes : les aides à l'élimination, les chaussures orthétiques et appareillages de chaussures et le programme d'achat d'équipements pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] et de la vie domestique [AVD]. Le

tableau 27 illustre la distribution des montants accordés par CSSS. On remarque que le budget total qui lui est alloué a augmenté de 33 % entre 2008-2009 et 2010-2011.

Ce programme permet, entre autres, d'assurer à la personne ayant une déficience physique, un soutien technique à domicile pour l'adaptation de la chambre à coucher, de la salle de bain et de la cuisine. Une personne admissible et qui s'inscrit dans un processus d'adaptation et de réadaptation peut obtenir de l'équipement facilitant la vie à domicile comme des lits motorisés, des lèves-personne, des rampes d'accès, etc. Toutefois, toute personne bénéficiant, pour des aides de même type, de la couverture d'un autre programme national [SAAQ, la CSST, l'IVAC] ou d'une ressource privée palliant au coût relié à l'achat d'équipements couverts par ce programme [ex. : assurances privées], est exclue du programme AVQ-AVD. Enfin, les CSSS ont accès à même ce programme à une banque de plus petits équipements (cannes, déambulateur, etc.) qu'ils gèrent eux-mêmes en fonction des besoins de leurs usagers.

Tableau 27.

Répartition des budgets du programme AVQ-AVD* en fonction des CSSS. Direction des immobilisations, des technologies médicales et services technologiques, Agence, 2011.

Territoires de CSSS	2008-2009	2009-2010	2010-2011	% - 2010-2011
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	211 780	208 280	226 085	11 %
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	103 507	139 975	152 042	8 %
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	93 206	62 168	81 416	4 %
CSSS de la Pointe-de-l'Île	232 993	255 288	242 765	12 %
CSSS Lucille-Teasdale	94 879	158 258	237 546	12 %
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	59 221	82 758	73 350	4 %
CSSS de la Montagne	199 897	126 951	195 207	10 %
CSSS Cavendish	120 739	156 476	162 276	8 %
CSSS Jeanne-Mance	123 238	101 582	168 389	8 %
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	76 371	151 585	160 299	8 %
CSSS du Coeur-de-l'Île	55 565	73 234	136 551	7 %
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	102 961	163 255	137 318	7 %
Centre communautaire Pointe St-Charles	27 026	18 727	23 108	1 %
Totaux	1 501 383	1 698 537	1 996 352	100 %

* Le programme s'adresse spécifiquement à la clientèle ayant une déficience physique

**Le budget pour les aides techniques inclus les frais de l'entreposage, désinfection, livraison etc.

En définitive, il existe beaucoup d'organismes qui offrent des programmes d'aides techniques. Malgré cela, il peut parfois être difficile pour une personne récemment atteinte de trouver la bonne ressource.

7.3 Les ressources résidentielles et les ressources d'hébergement

Plusieurs types de ressources sont offerts à l'ensemble de la clientèle DP et aux personnes ayant une déficience motrice, ce sont :

- Les appartements supervisés (OSBL habitations Tango : CSSS Cavendish- CRCL; OSBL Pignons sur roue : CSSS Lucille-Teasdale; Propulsion : CSSS Lucille-Teasdale)
- Les RI-RTF et RAC gérées par les CRDP
- Les RI-PALV < 65 ans gérées par les CSSS (moins de 3 h soins/jr)

(1) Les appartements supervisés

Les représentants des CSSS ont exprimé un besoin d'obtenir des ressources de type « appartement supervisé » pour la clientèle ayant une déficience motrice. Tel que les chiffres le démontrent, ces usagers ne peuvent être desservis à la hauteur de leurs besoins par l'offre de services à domicile. Les usagers ayant des problèmes locomoteurs peuvent avoir besoin d'une intensité plus grande d'interventions quotidiennement alors que d'autres pourraient bénéficier d'une meilleure qualité de vie dans un milieu plus structuré.

Il faut noter que les membres de l'équipe du programme des ressources résidentielles travaillent actuellement en collaboration avec plusieurs organismes communautaires afin de présenter un modèle d'organisation de services « info-logement » à la Société d'habitation du Québec.

Il existe également des ressources résidentielles gérées par des organismes sans but lucratif (OSBL) mais liées par entente à des CSSS en vertu de l'article 108 de la LSSS tels que : Projet Tango, Pignon sur roues et Propulsion (le regroupement de services intégrés Inc).

**Orientation
pour le plan
d'action**

**La diffusion d'information
complète quant aux
programmes disponibles
aux clientèles cibles, devra
constituer un objectif du
plan d'action.**

(2) Les RI-RTF et RAC gérées par les CRDP

Au sein des ressources spécialisées, le CRCL et le CRLB sont les deux établissements gestionnaires des ressources.

Tableau 28.

Nombre de places pour les adultes en ressources RI-RTF, RI, RAC, RNI gérées par les CRDP. Direction des programmes-services, Agence, 2011.

Établissements	Installations institutionnelles	RTF	RI	RAC	RNI	Total
CR Lucie-Bruneau	8	28	30	55	4	125
CR Constance-Lethbridge			6			6

Source : Direction des programmes services, 2011.

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre une gamme de ressources sociorésidentielles pour la clientèle francophone adulte de Montréal avec un total de 125 places.

Selon la Direction des Programmes Services de l'Agence, la liste d'attente en novembre 2011 pour ces ressources s'élèverait à 31 personnes ayant une déficience physique dont 14 personnes ayant une déficience physique combinée à un trouble grave du comportement.

(3) Les RI-PALV < 65 ans gérées par les CSSS (moins de 3 h soins/jr)

Comme mentionné précédemment, en plus des ressources d'hébergement gérées par les CRDP, le programme PPALV met à la disposition de la clientèle de moins de 65 ans avec handicap physique, 156 places en ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles. Celles-ci sont décrites au tableau suivant.

Tableau 29.**Nombre de places d'hébergement gérées par le système régional d'admission, Agence 2011.**

CSSS	Ressources	Nombre de places
CSSS Ouest-de-l'Île	RI Maison Valeo Pierrefonds	30
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	RI Les Pavillons LaSalle	30
CSSS Cavendish	RI Les Pavillons LaSalle-Cavendish	30
CSSS Lucille-Teasdale	RNI Espace Bellechasse	14
CSSS De la Pointe-de-l'Île	RI Les Pléiades	13
CSSS St-Léonard et St-Michel	RI Lacordaire	13
CSSS Cœur-de-l'Île	RI Garnier	26
Total		156

7.4 Le transport

Les préoccupations principales en ce qui concerne le transport sont de permettre aux usagers de se rendre sans difficulté et sans délai à leurs rendez-vous et de favoriser leur participation à la vie de la communauté. L'accessibilité au transport peut devenir une source de problème. Au Québec et selon les données de 2006 de l'EPLA, 87,9 % des personnes de plus de 15 ans vivant avec une incapacité ont utilisé la voiture comme moyen de déplacement. Le transport en commun (autobus, métro et le transport adapté) a également été utilisé fréquemment (52,1 %) ⁶⁰. Pour la clientèle ayant une incapacité jugée grave ou très grave, le taxi demeure le premier mode de transport avec 28,6 % d'utilisation.

(1) Le transport adapté offert par la Société de transport de Montréal.

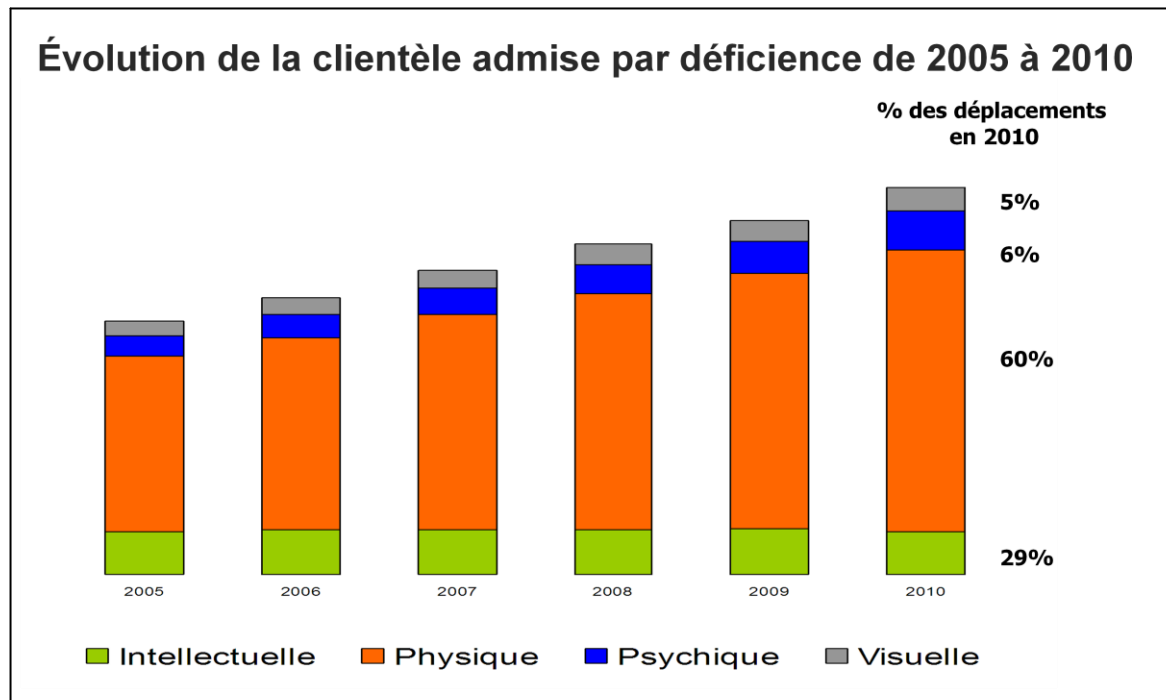
Le transport adapté est un service de transport en commun qui fonctionne sur réservation et qui consiste en des activités de transport de porte-à-porte (minibus, taxi régulier, taxi adapté). Pour en bénéficier, l'utilisateur doit répondre aux critères d'admissibilité au programme. Selon la STM ⁶¹ le volume de clientèle ayant des incapacités de toutes sortes s'est accru de 48 % depuis 2005 (voir figure 3) et se situe à 21 042 clients desservis à la fin de 2010. De plus, les personnes âgées représentent 61 % des usagers et cela témoigne d'une croissance de 13 % par année.

⁶⁰ À noter que l'utilisateur peut avoir utilisé plus d'un moyen.

⁶¹ Société de transport de Montréal, profil de la clientèle 2010. Document tiré d'une présentation Power Point non publié.

Figure 3.

Société de transport de Montréal : Évolution de la clientèle par déficience entre 2005 et 2010.



De plus, le réseau d'autobus régulier est de plus en plus accessible en offrant l'accès aux personnes en fauteuil roulant dans les véhicules à plancher surbaissé. Le métro permet également aux fauteuils roulants d'accéder à un nombre de plus en plus grand de stations. À l'heure actuelle, les stations Montmorency, De la Concorde, Cartier, Berri-UQAM, Henri-Bourassa, Lionel-Groulx et Côte-Vertu sont accessibles pour la clientèle à mobilité réduite. En revanche, il semble que la STM n'arrive pas à respecter son engagement de rendre accessible trois stations de métro par an (plan de développement de la STM et plan de transport de la ville de Montréal, 2008). L'accessibilité au réseau n'est pas encore pleine et entière.

(2) Le transport privé

Il s'agit essentiellement de transport en taxi adapté. Plusieurs compagnies offrent ce service à Montréal tels Taxi ParaAdapté, Taxi VanMédic, Taxi Rosemont Plus, Taxi Diamond Accessible, COOP Taxi et Taxi Rosemont Accessible.

(3) Les programmes d'évaluation de la conduite automobile par les CRDP

Les conséquences des déficiences physiques chez les usagers peuvent altérer les facultés motrices, cognitives et perceptives, qui sont indispensables à une conduite automobile sécuritaire. La recherche de l'autonomie pour une personne ayant une déficience motrice se résume à deux principales notions : vouloir optimiser l'autonomie de l'utilisateur qui doit parfois se déplacer en véhicule routier et prévenir les accidents.

Il s'avère alors pertinent d'évaluer les capacités physiques, cognitives et perceptives des personnes atteintes d'une déficience motrice ou neurologique. À Montréal, deux centres de réadaptation et un CHR offrent ces services :

Centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge

- Évaluation des équipements nécessaires à la conduite d'un véhicule routier et suivi pour l'apprentissage de la conduite avec les équipements recommandés;
- Évaluation des équipements d'accessibilité au véhicule routier pour conducteur ou passager (enfants inclus);
- Entraînement à la conduite préventive suite à un choc post-traumatique.

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

- Évaluation des aptitudes physiques et mentales nécessaires à la conduite d'une moto (classe 6).

CHR Villa Medica

- Accompagnement de l'utilisateur à travers différentes étapes d'entraînement à la conduite;
- Évaluation des équipements nécessaires à la conduite d'un véhicule routier.

(4) Les programmes de la SAAQ : les vignettes de stationnement pour personnes handicapées

Les vignettes de stationnement sont attribuées par la SAAQ et donnent accès, partout au Québec aux espaces de stationnement réservés aux personnes handicapées. Ces vignettes favorisent l'accessibilité des personnes handicapées à des lieux publics.

(5) Programme d'adaptation de véhicule pour les personnes handicapées

Ce programme accorde une aide financière afin d'adapter un véhicule automobile privé aux besoins d'une personne handicapée. Ces adaptations doivent servir seulement à compenser les incapacités dues à la déficience à la conduite et à l'accès au véhicule.

7.5 L'intégration scolaire et professionnelle

L'intégration scolaire et professionnelle vise, d'une part, à accroître la participation des étudiants handicapés à tous les niveaux d'enseignement dans des conditions équivalentes aux autres étudiants et, d'autre part, à faciliter l'intégration des personnes handicapées dans le marché du travail. Les préoccupations du réseau, en matière d'intégration scolaire et professionnelle des personnes handicapées, s'inscrivent dans une quête d'amélioration des services offerts. Le réseau

montréalais s'appuie sur un grand nombre de ressources d'intégration scolaire et professionnelle issues des programmes provinciaux et des milieux communautaires.

D'abord, **Services Québec** offre un service de référence à divers programmes liés à l'intégration scolaire et professionnelle des personnes handicapées. Les services éducatifs offerts au volet adulte favorisent : l'accès à du matériel scolaire adapté, à de l'aide financière aux études et aux allocations pour les besoins particuliers permettant d'obtenir le remboursement d'aides techniques et de services spécialisés dont le transport adapté. Ce soutien vise à compenser les effets d'une incapacité afin de permettre la poursuite des études.

Pour l'intégration professionnelle, Service Québec a mis au point un programme gouvernemental de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) visant à favoriser leur accès à des emplois dans la fonction publique québécoise tout en leur permettant de développer leurs compétences. Le programme a été intégré au Plan d'embauche du Gouvernement du Québec pour les personnes handicapées en vertu de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Le Contrat d'intégration au travail (CIT), administré par Emploi-Québec, est aussi une ressource disponible. Il vise à favoriser l'embauche et le maintien en emploi des personnes handicapées par le soutien financier aux employeurs pour compenser les coûts des accommodements nécessaires. Il existe également d'autres types de subventions aux entreprises adaptées (EA) visant la création d'emploi pour les personnes handicapées.

De plus, les **CRDP** offrent des mesures de soutien de réadaptation au travail afin de venir en aide aux personnes ayant une limitation physique et souhaitant intégrer ou réintégrer le marché du travail. Ces mesures regroupent à la fois l'évaluation globale des capacités fonctionnelles au travail, l'adaptation du poste de travail, l'orientation professionnelle, le soutien à l'intégration au travail par des stages de courtes durées, l'intervention précoce en milieu de travail et le maintien en emploi. Le CRCL détient notamment un mandat suprarégional pour l'évaluation des capacités de travail pour des clientèles ayant des profils cliniques complexes.

À cela s'ajoute un large éventail de services disponibles en **milieu communautaire**, rendus possibles grâce à l'implication de divers organismes sans but lucratif (OSBL). Les OSBL jouent un rôle actif au niveau de l'intégration professionnelle et offrent des services d'accompagnement en emploi tels que : l'orientation quant au choix professionnel, le développement de compétences, la recherche d'emploi, l'insertion, le maintien en milieu de travail et le suivi des dossiers auprès des différents programmes gouvernementaux.

7.6 L'intégration sociale

Le portrait montréalais de l'intégration sociale des personnes adultes atteintes de déficience motrice se dessine autour de l'accessibilité à des programmes gouvernementaux en matière de

soutien social et à des programmes d'intégration sociale en CRDP sans oublier l'implication, en périphérie, du milieu communautaire en soutien au réseau de la santé.

Au niveau des services gouvernementaux, le MELS offre un programme d'accompagnement qui favorise l'accessibilité à des activités de loisir, de sport et de culture aux personnes handicapées ayant besoin d'assistance. Le premier volet de ce programme vise à soutenir financièrement les camps de vacances qui accueillent des personnes ayant une déficience motrice afin de combler une partie des coûts d'accompagnement. Le second volet recherche la même finalité mais en impliquant les organismes locaux et les municipalités. Le MELS participe également à certains programmes d'intégration sociale notamment au sein des activités du Centre de ressources éducatives et pédagogiques. Les personnes handicapées, principalement des enfants, peuvent y bénéficier de formations sur l'autonomie fonctionnelle et l'intégration sociale portant sur des sujets tels que : les habiletés personnelles et sociales, les habiletés domestiques, la gestion du quotidien, etc.

Les CRDP ont pour mission d'assurer l'intégration sociale de leur clientèle en déficience physique par le biais, entre autres, de programmes de conduite automobile, d'accès aux technologies et à des ressources intermédiaires d'hébergement.

Le milieu communautaire agit également dans le domaine de l'intégration sociale à l'aide de conseillers qui interviennent au plan psychosocial et qui offrent du mentorat. Le conseiller en intégration offre un service personnalisé et une écoute attentive aux besoins des personnes handicapées et de leur famille afin de les soutenir dans leur processus de réinsertion sociale. Les activités offertes visent à briser l'isolement et à favoriser le partage d'expériences dans des lieux libres de contrainte ou encore en pratiquant une activité sportive de groupe. Le réseau communautaire met à la disposition des personnes handicapées des programmes d'accompagnement en loisir et des services d'accessibilité au tourisme et à la culture. De plus, des projets sont en cours pour soutenir les personnes ayant une déficience motrice dans l'exercice de leurs responsabilités citoyennes par leur participation aux conseils d'arrondissements.



Orientation
pour le plan
d'action

**La participation sociale
des Montréalais vivant
avec des incapacités
graves demeure un
objectif régional à
privilégier.**

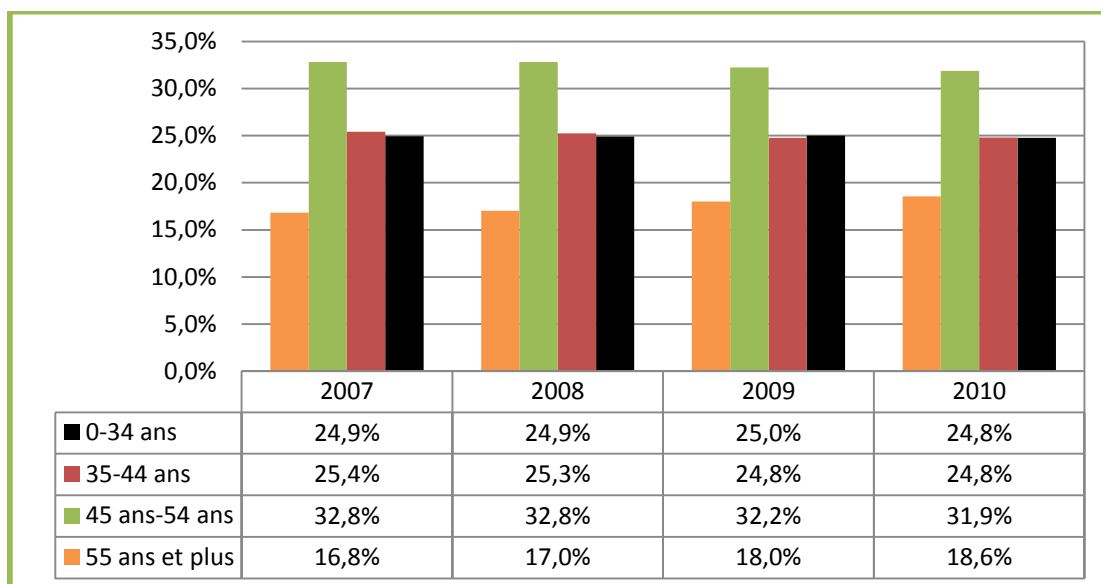
8. RESSOURCES

8.1 Les ressources humaines

On connaît depuis plusieurs années une pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux notamment dans le domaine de la réadaptation. Cette situation résulte d'une augmentation des départs à la retraite et d'une décroissance annoncée de la population active. Le tableau suivant montre qu'en 2010, 18,6 % des effectifs des CSSS, des CRDP et des CHR étaient âgés de 55 ans et plus, donc éligibles à la retraite, et plus de 31,9 % avaient entre 45 et 54 ans.

Tableau 30.

Évolution sur quatre ans selon quatre groupes d'âge du nombre d'effectifs dans les 12 CSSS, les 2 CRDP et l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay, le CHR Villa Medica et le CHR Richardson, excluant le personnel d'encadrement, Source : Banques de données R-22 et R-25



Soulignons que plusieurs professionnels optent pour du travail à temps partiel. Le tableau suivant montre que 45,7 % des professionnels de la santé et des services sociaux dans ces mêmes établissements ont un statut de temps partiel régulier ou temps partiel occasionnel.

Tableau 31.

Nombre d'effectifs professionnels au 31 mars 2010 dans 12 les CSSS, les 2 CRDP et l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay, le CHR Villa Medica et le CHR Richardson, excluant le personnel d'encadrement, Source : Banques de données R-22 et R-25.

Catégories d'emploi	Effectifs professionnels	Pourcentage
Temps complet régulier	10 978	45,7 %
Temps partiel régulier	6 698	27,9 %
Temps partiel occasionnel	6 335	26,4 %
Total	24 011	100,0 %

Le recrutement du personnel spécialisé est plus difficile au niveau de la réadaptation. Le nombre de professionnels qui travaillent en cabinets privés s'est accru de façon exponentielle. La difficulté de rétention de ce type de professionnels sur le marché du travail a de plus contribué à la pénurie. Le système d'information sur les ressources humaines (SI-RH) montre que le nombre de postes vacants en physiothérapie et en ergothérapie dans plusieurs établissements montréalais demeure autour de 10 %. Le plan d'action régional que l'Agence de la santé a produit sur la disponibilité de la main-d'œuvre prévoit d'ailleurs des mesures pour faire face à ce problème.

Plus spécifiquement, au niveau des ententes de gestion, le tableau 32 montre que les trois CRDP ont atteint la cible fixée en 2009-2010 en termes de ratio entre les heures en assurance-salaire et les heures travaillées.

Tableau 32.

Pourcentage d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées, Indicateur 3,1 Indicateurs de gestion, CIFINO 2009-2010.

Établissements	Heures assurance-salaire	Heures travaillées	Main d'oeuvre indépendante	Ratio Hres ass.-sal./hres travaillées (excluant MOI)	Cible Entente de gestion	Ecart à la cible
	1	2	3	4 (1 / (2-3))		
Inst.de réad. Gingras Lindsay de Mtl	30 828	793 448	35 169	4,07%	4,18%	s/o
C. Réad. Constance-Lethbrige	5 285	211 911	9 533	2,61%	2,54%	-0,07%
Centre réadapt. Lucie-Bruneau	21 206	552 791	32 928	4,08%	3,68%	-0,40%
Total	57 319	1 558 150	77 630	3,87%	5,23%	s/o

L'enjeu principal demeure donc de contrer la pénurie de personnel de réadaptation notamment en physiothérapie et en ergothérapie exacerbée, entre autres, par les départs à la retraite des prochaines années et les difficultés de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre en région. Enfin, on constate que les délais d'attente pour les services d'évaluation pour l'adaptation domiciliaire augmentent en raison du manque de disponibilité des ergothérapeutes.

Orientation pour le plan d'action

Les mesures prévues au plan d'action régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre devront permettre de résoudre les difficultés actuelles et anticipées de recrutement et de rétention du personnel avant tout dans les catégories suivantes : soins infirmiers spécialisés en réadaptation, ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.

8.2 Les ressources financières

Le budget global en DP adulte pour Montréal en 2010-2011 est de 77 M\$ (n'inclut pas les CHR). Les CSSS reçoivent 39 M\$ dont 54 % (21 M\$) est consacré au SAD et 15 % (6 M\$) à la réadaptation. Les CRDP obtiennent quant à eux 38 M\$, soit 27 millions pour le CR-Lucie-Bruneau et 11 M\$ pour le CR-Constance-Lethbridge.

L'indicateur de besoin basé sur la consommation en déficience physique a été mis à jour dans le document ministériel sur le mode d'allocation des ressources 2011-2012⁶². Cet indicateur est basé sur plusieurs indices de consommation qui tiennent compte de la population par structure d'âge (19 groupes d'âge identifiés). L'indicateur global est composé de l'indicateur sur les usagers inscrits et admis en centres de réadaptation (AS-484) et sur les usagers inscrits recevant des services à domicile des CSSS au programme de déficience physique (I-CLSC) et ce, en fonction des centres d'activités 6173 soins infirmiers, 6530 aides à domicile, 7161 traitements d'ergothérapie à domicile et 7162, de physiothérapie à domicile. Les indices de consommation sont calculés en divisant la proportion des usagers par la proportion de la population estimée en 2009 pour chacun des groupes d'âge déterminés. Il faut savoir qu'un indice de consommation supérieur ou inférieur à 100 représente une consommation supérieure ou inférieure à la moyenne provinciale selon le cas.

Pour Montréal, de façon spécifique, l'indicateur global en 2010-2011 pour la déficience physique (comprenant le moteur et le sensoriel) est de 97,1. Celui qui concerne les CRDP est de 98,8 et celui des CSSS est de 93,7. Considérant le budget total du programme de déficience physique au Québec, le poids financier des CSSS représente 34 % de la dépense alors que celui des CRDP est de 66 %. Cet indice sert à répartir le budget du programme de déficience physique dans chacune des régions.

Le tableau suivant sur les prévisions budgétaires du programme, montre que la région de Montréal aurait, selon ces calculs, 2,9 M\$ de plus de dépense attendue que la dépense de référence.

Tableau 33.

Écart entre la dépense de référence 2010-2011 et la dépense attendue au programme de déficience physique, MSSS, Document sur le mode d'allocation des ressources.

Dépense de référence 2010-2011	Dépense attendue						Écart dépense de référence moins l'attendue
	Population estimée 2010	Indice de besoin	Population pondérée	Dépense répartie + autre*	Mobilité	Dépense attendue 2010-2011	
142 898 171\$	1 934 082	97,1	1 877 131	126 796 698\$	13 199 516\$	139 996 214\$	2 901 957\$

**La dépense répartie de Montréal représente 23,87 % de la dépense totale de la province et équivaut à 105 774 031 \$. À ce budget s'ajoutent 6 000 167 \$ pour les dimensions régionales et universitaires et 15 022 500 \$ d'allocations spéciales.*

⁶² Mode d'allocation des ressources 2011-2012, MSSS.

Rappelons enfin que l'ensemble du programme en déficience physique a bénéficié d'une augmentation de près de 11 millions de dollars en budget de développement entre 2005-2006 et 2009-2010. En 2009-2010, près de 5 millions de dollars ont été alloués dont :

- 2,8 M\$ aux CRDP afin d'augmenter leur capacité de desserte et ainsi réduire le nombre de personnes en attente de services et les délais d'attente;
- 2,3 M\$ pour le soutien à domicile via le programme de chèque emploi-service (CES)

9. LIENS INTERÉTABLISSEMENT

9.1 Les ententes

(1) Les ententes entre le MSSS et les différents partenaires

Dans certains cas, les CH, les CSSS, les CHR et les CR doivent facturer à une tierce responsabilité, comme dans le cas des victimes d'accidents du travail ou de la route. La facturation à cette tierce responsabilité porte sur les services médicaux et de réadaptation rendus à un résident du Québec ou à un non-résident selon certains critères d'admissibilité.

(2) Les ententes locales

Les CRDP ont développé une série d'ententes formelles et informelles avec différents partenaires, notamment, le ministère des Transports du Québec, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, la Régie de l'Assurance maladie du Québec, la Société d'habitation du Québec, le milieu scolaire, les CPE et plusieurs autres. Les ententes sont présentées à l'annexe 8.

De plus, la plupart des CRDP de Montréal⁶³ sont regroupés dans le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) qui est le plus grand consortium de recherche au Canada consacré à la déficience physique. Les chercheurs du CRIR proviennent de l'Université de Montréal, de l'Université McGill, de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université Concordia et de l'Université d'Ottawa.

9.2 Les modalités de référence et de transfert

Pour les CSSS, les services sont offerts suite à une demande de services qui peut provenir de différentes organisations : médecins, hôpitaux, usagers, etc. il y a très peu de rencontres interétablissements qui se font avec les CRDP, sauf pour des situations exceptionnelles. Comme déjà mentionnés, les services sont offerts de façon séquentielle et les CSSS interviennent lorsque leur partenaire donne congé à l'utilisateur. À l'exception des consortiums, les corridors de services nécessiteraient d'être consolidés et coordonnés.

Concernant les admissions en CHR, les modalités de référence et de transferts pour la clientèle en déficience physique ont été déterminées dans le Cadre de référence sur les services

⁶³ Les membres institutionnels du réseau montréalais sont : le CRCL, le CRLB, l'IRGLM, l'Institut Nazareth-Louis-Braille et l'Institut Raymond-Dewar.

posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus. En bref, pour la déficience physique, les centres hospitaliers réfèrent aux CHR désignés via deux guichets d'accès : un pour la neurologie et l'autre pour les blessés médullaires, BOG et TCC. Contrairement à la santé physique, les CSSS ne sont pas impliqués dans le processus.

Les sources de références pour la clientèle des deux centres de réadaptation sont variées. Certains usagers sont orientés par les centres hospitaliers, d'autres par les CHR ou les URFI lorsque la phase de réadaptation active est complétée.

La demande de services interétablissements (DSIE) est l'outil d'échange d'information clinique bidirectionnel, conçu spécialement pour les demandes de services intra et interétablissements. La DSIE est utilisée par les responsables de liaison des CH, les responsables de l'accueil et des services de maintien à domicile dans les CSSS, par différents services des CHSLD et des centres de réadaptation ainsi que par certains centres d'appels Info-Santé. Soulignons qu'un formulaire spécifique a été développé pour les demandes qui concernent la réadaptation.

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le MSSS investit de plus en plus dans le domaine communautaire. Les montants s'élevaient à 178 millions en 1997-1998 et les contributions ont augmenté à 447 millions de dollars en 2010-2011. Spécifiquement en déficience physique, près de 17 millions de dollars ont été versés à des organisations nationales (1 M\$) et régionales (16 M\$). De son enveloppe régionale, l'Agence a octroyé des sommes importantes de subventions à 27 organismes communautaires œuvrant spécifiquement dans le domaine de la déficience physique. Entre les années 2008 et 2011, les subventions à ces organismes sont passées de 1 972 317\$ à 2 694 837\$⁶⁴ (voir annexe 9). Ainsi, globalement, ces organismes reçoivent 4,47 % de l'enveloppe totale au niveau provincial. En retenant exclusivement les organismes s'adressant aux personnes ayant une déficience physique et en se basant sur les rapports annuels, il est estimé qu'environ 3 500 personnes auraient reçu des services de ces organisations en 2010-2011⁶⁵. Il est à noter également que Centraide a contribué au financement de 13 organismes œuvrant directement dans le domaine de la déficience physique à Montréal pour un investissement total de 1,2 M\$ additionnel. Ce financement n'a cependant pas de récurrence comme c'est le cas pour d'autres sources de subvention.

Bien qu'il ne soit pas possible de présenter des données précises sur les services offerts par les organismes communautaires de Montréal, il faut souligner leur apport essentiel dans l'offre de services aux personnes ayant des limitations motrices. Leurs approches d'intervention axées sur la personne dans sa globalité sont accessibles, souples et adaptées à ses besoins. Ces éléments sont des caractéristiques propres à ces organismes issus, pour la plupart, de l'action communautaire

⁶⁴ Rapport annuel de gestion 2010-2011 – ASSS Montréal :

http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Section_Nouvelles/rapportannuel_2010-2011.pdf

⁶⁵ À noter que la même personne peut être comptabilisée dans plus d'un organisme.

autonome. Ces organismes sont nés de la communauté et doivent demeurer de la communauté. Ils offrent, entre autres, des services d'accueil, de référence, d'accompagnement, de sensibilisation, de promotion, d'entraide, de dépannage, d'écoute et de soutien tant aux personnes ayant des limitations motrices qu'à leurs familles et à leurs proches. Ce travail, fait en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, se réalise dans une perspective de participation sociale.

11. SERVICES OFFERTS EN ANGLAIS

Une des particularités de la clientèle montréalaise est qu'elle est multiethnique et qu'une proportion substantielle de la population est anglophone. Le besoin d'obtenir des services en anglais diffèrent d'un établissement ou d'un secteur à l'autre. Une répartition des services dans les deux langues officielles s'impose et celle-ci est présentée dans un document déposé au MSSS par l'Agence et qui est résumé ici spécifiquement pour la déficience physique.⁶⁶

⁶⁶ Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2011-2014, ASSSM, 2011.

(1) Établissements désignés

L'établissement désigné est tenu de rendre accessible aussi en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise, les services de santé, de réadaptation et les services sociaux qu'il offre.

Centres de santé et de services sociaux :

- Centre de santé et de services sociaux Cavendish;
- Centre de santé et de services sociaux de la Montagne;
- Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île.

Déficiences physiques :

- Centre hospitalier de réadaptation Richardson;
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

(2) Établissements indiqués

Un établissement indiqué doit offrir au moins un service ou un programme-service en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise.

Centres de santé et de services sociaux :

- Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-Lasalle;
- Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun;
- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent;
- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord;
- Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île;
- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance;
- Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale;
- Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île.

Centres hospitaliers :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 - Services de désintoxication et aux clientèles victimes de brûlures graves
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 - L'urgence
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
 - L'urgence
 - Les services aux blessés médullaires et aux personnes tétraplégiques ventilo-assistées (TVA)
- L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
 - Services aux personnes avec déficiences lourdes

Centres de réadaptation :

- La Corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
 - Services aux blessés médullaires, services aux personnes tétraplégiques ventilo-assistées (TVA)
- Villa Medica
 - Services aux clientèles victimes de brûlures graves

12. LES CONSTATS ET ORIENTATIONS POUR L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

Les travaux menés par l'Agence au cours des quinze dernières années au regard des services de réadaptation ont permis d'identifier et de résoudre plusieurs des difficultés touchant l'organisation des services en santé physique et en réadaptation spécialisée.

Dans un premier temps, soit dès 1998, les constats établis ont mené à la clarification et au partage des mandats et services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) entre les centres hospitaliers de réadaptation (CHR), les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et les autres partenaires institutionnels.

Puis, à la suite du dépôt à l'automne 2004 d'un nouvel état de situation, un second comité s'est attardé à l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus. Le cadre de référence élaboré en 2007, puis révisé en juin 2010, est venu clarifier les clientèles visées, les critères d'admission et de fin d'intervention et les modalités d'accès aux services, résolvant ainsi plusieurs des irritants soulignés par les CHSGS, les CSSS, les CHR et les autres partenaires.

L'Agence, en collaboration avec les établissements du réseau de la santé et les autres partenaires, poursuit différents travaux visant à améliorer le continuum de soins et services. Citons notamment l'élaboration du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité, l'harmonisation des services de soutien à domicile (SAD) dans les CSSS, la révision des services externes de réadaptation ainsi que la création de nouveaux « consortiums » (AVC, cancer, douleurs chroniques).

Ainsi, au cours des dix dernières années, les principaux éléments constitutifs du modèle régional d'organisation des services en déficience physique ont été mis en place. Par ailleurs, les données et informations recueillies dans le présent rapport confirment que des difficultés persistent au niveau de l'accès, la continuité et la complémentarité des établissements, attestant de la nécessité de développer un plan d'action régional pour la clientèle confrontée à des incapacités graves et persistantes. Les constats suivants en font état.

Une augmentation du nombre de Montréalais souffrant d'incapacités graves et persistantes au cours des 20 prochaines années

■ CONSTAT

Les données épidémiologiques régionales, nationales et internationales récentes laissent présager une augmentation de l'incidence de certaines pathologies en déficience motrice dans les prochaines années. Le taux d'augmentation du diabète et des complications associées dont les amputations, la prévalence supérieure de la sclérose en plaque au Canada et l'incidence élevée des cas de traumatismes non intentionnels (ex. : blessé orthopédique grave (BOG) et des maladies rhumatismales en sont quelques exemples.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action devra prendre en compte l'augmentation prévue du nombre de Montréalais souffrant d'incapacités graves et persistantes afin d'assurer une congruence entre les besoins de ces clientèles et l'organisation des services et programmes.

■ CONSTAT

Les orientations gouvernementales s'articulent autour d'une série de concepts clés afin d'en arriver à une société inclusive qui valorise la participation sociale pleine et entière de tous les membres de la société, sans égard à la présence d'incapacités.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

La participation sociale des Montréalais vivant avec des incapacités graves demeure un objectif régional à privilégier.

■ CONSTAT

Les groupes de défense des proches aidants sont d'avis que le fardeau de la responsabilité du soutien aux proches relève d'une «solidarité familiale» imposée et démesurée qui ne découle pas d'un choix éclairé ou volontaire, mais bien d'une imposition du fait de l'absence de services étatisés adéquats. La lourdeur de la tâche fait en sorte qu'ils assument trop souvent leur rôle au prix de leur santé.

Les proches aidants souhaitent être consultés dans le processus d'attribution des services plutôt que de se voir imposer un «panier de services» prédéfini qui correspond parfois peu à leurs réels besoins et priorités. Ces services doivent être accessibles, flexibles, suffisants et correspondre à leurs besoins variés et évolutifs.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action devra prendre en compte les besoins et attentes des proches aidants dans l'identification des mesures visant à bonifier les services offerts aux personnes aux prises avec des incapacités graves et persistantes.

LE CONTINUUM DE SERVICES

Services de première ligne

■ CONSTAT

Trente pourcent des Montréalais n'ont pas accès à un médecin de famille et l'accessibilité à des services médicaux dans les heures dites défavorables (soir, fin de semaine, férié) demeure hasardeuse pour bon nombre d'entre eux. Lorsque des incapacités motrices peuvent limiter jusqu'à l'accès aux lieux où ces soins sont prodigués, la situation est d'autant plus complexe. Cette situation génère une pression importante sur les urgences, souvent perçues comme seule alternative par les usagers, et constitue un problème majeur et récurrent du système de santé.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Accroître l'accès pour les Montréalais à des services de santé de 1^{re} ligne représente une priorité régionale de premier plan pour les cinq prochaines années. Les efforts consentis à cet égard devront s'attarder aux besoins particuliers des personnes ayant des incapacités physiques graves et persistantes (accessibilité physique, expertise et complexité des problématiques).

■ CONSTAT

L'intensité des services à domicile offerts par les CSSS est fonction des ressources dont disposent les programmes de soutien à domicile. Par ailleurs, il existe une nette disparité entre l'intensité des services offerts par les CSSS entraînant une certaine iniquité entre les usagers résidant dans les différents territoires de CSSS. De plus, les délais d'accès aux services à domicile peuvent amener parfois une prolongation induite de la durée de séjour en centre hospitalier, en réadaptation ou en convalescence, ce qui ne favorise pas des durées de séjour optimales dans ces établissements.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Il y aurait lieu d'harmoniser les offres de services selon les profils de déficiences motrices pour réduire l'inégalité des services/soins dispensés par les CSSS.

Services de réadaptation

■ CONSTAT

Selon la politique de soutien à domicile du ministère, les CSSS ont la responsabilité d'organiser l'offre de services de réadaptation sur leur territoire. Les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation complètent l'offre de services régionale. Par ailleurs, l'offre de service de réadaptation est variable d'un territoire de CSSS à l'autre et les frontières entre la 1^{re} et la 2^e ligne en réadaptation et entre la RFI et la RAIS ne sont pas toujours bien tranchées.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Il y aurait lieu que des balises claires soient définies quant à l'offre de service régionale sur le plan de la réadaptation.

■ CONSTAT

Le partage de l'offre de service de réadaptation entre deux catégories d'établissement, sur la base de la distinction entre la réadaptation fonctionnelle intensive et la réadaptation axée sur l'intégration sociale, génère des entraves à la continuité de services et des délais d'accès en raison de l'absence d'une trajectoire de services claire et de corridors de services peu consolidés entre les CSSS, les CHR et les CRDP.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Le continuum de services de réadaptation en déficience physique n'est pas optimal et devra faire l'objet d'une révision dans l'élaboration du plan d'action régional.

Plusieurs des objectifs mis de l'avant par la politique gouvernementale À part entière (2009) visent à réduire, pour les individus vivant des situations de handicaps, les disparités dans l'accès aux soins, aux services et aux commodités de l'environnement. La politique incite donc les acteurs concernés à accentuer la cohérence, la coordination et la complémentarité de leurs actions.

■ CONSTAT

Certains problèmes identifiés dans l'état de situation attestent d'une difficulté de coordination et de complémentarité des services. En effet, peu de mécanismes de coordination interétablissements sont utilisés comme le PSI ou l'intervenant pivot. De plus, la multiplicité des acteurs impliqués et des programmes disponibles ainsi que le manque de connaissance de ces différentes ressources contribuent à hausser les délais d'accès et à causer des doublages de services.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

L'enjeu d'accroître l'accès, la complémentarité et la coordination des services demeure. L'arrimage des différents niveaux de service, particulièrement pour les services externes de réadaptation, se fera par l'identification d'une trajectoire qui départage les rôles et responsabilités des acteurs impliqués (ex. : frontière RFI-RAIS), détermine les mécanismes de coordination (ex. : plan de service individualisé (PSI), intervenant pivot) et établit des corridors bidirectionnels entre les CSSS, les CHR et les CRDP (ex. : entrée et rentrée dans la trajectoire), devra constituer un élément central du plan d'action.

VOLET INTERSECTORIEL

■ CONSTAT

Des travaux sont en cours dans le domaine de la déficience physique ou motrice qui interpellent bon nombre d'interlocuteurs provenant de différents secteurs d'activités dont le secteur de l'éducation, communautaire et autres.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Il y aura lieu dans le plan d'action en déficience motrice d'établir des mécanismes formels de communication et d'échange d'information afin d'arrimer l'ensemble des travaux et de maintenir une cohérence dans les orientations régionales.

Ressources résidentielles

■ CONSTAT

L'offre de service en soutien à domicile des CSSS ne parvient pas à combler efficacement les besoins des personnes vivant avec des limitations physiques importantes. Le problème est plus marqué lorsque la personne souffre d'un trouble grave du comportement. Plusieurs sont confrontés au choix difficile de devoir quitter leur milieu de vie afin d'obtenir les soins qu'ils requièrent ou bien d'y rester et de ne pas recevoir l'aide suffisante. Parfois, le CHSLD est la seule alternative, ce qui ne permet pas aux individus jeunes de réaliser leur souhait de demeurer à domicile ou du moins dans un milieu de vie s'y rapprochant.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Afin de diversifier l'offre de milieux résidentiels substitutifs, il y aurait lieu de développer davantage de ressources non institutionnelles adaptées aux besoins des personnes ayant des incapacités physiques graves.

Aides techniques

■ CONSTAT

Il existe une multitude de programmes d'aides techniques gérés au niveau national, régional et local qui n'ont pas tous les mêmes exigences et critères d'admissibilité, ce qui complique la sélection d'un ou de programmes adaptés au besoin d'un usager.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

La diffusion d'information complète quant aux programmes disponibles aux clientèles cibles, devra constituer un objectif du plan d'action.

■ CONSTAT

Selon les informations disponibles, les difficultés de recrutement de certaines catégories de professionnels de la réadaptation dont notamment les ergothérapeutes s'accroîtront dans les prochaines années. Cette pénurie fragilise l'offre de service des établissements dans toute la chaîne d'interventions posthospitalières, de soutien à domicile et de réadaptation spécialisée.

ORIENTATION POUR LE PLAN D'ACTION

Les mesures prévues au plan d'action régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre⁶⁷ devront permettre de résoudre les difficultés actuelles et anticipées de recrutement et de rétention du personnel avant tout dans les catégories suivantes : soins infirmiers spécialisés en réadaptation, ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.

⁶⁷ Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal - 2010-2015, ASSSM

13. CONCLUSION

À la lumière de ce qui a été dit dans le présent document, l'état de situation actuel dresse un portrait de l'offre de service disponible en déficience physique motrice pour la clientèle adulte montréalaise. De plus, le document fait le point sur les aspects à améliorer pour assurer des services de santé et des services sociaux de qualité pour les personnes ayant une incapacité physique motrice. En s'appuyant sur les orientations ministérielles et sur les constats faits sur le terrain, l'Agence est en mesure d'affirmer qu'il faut soutenir le réseau de la santé montréalais dans le renforcement de l'accès, de la cohérence, de la complémentarité et de la coordination du continuum de services en déficience physique. Pour se faire, un plan d'action sera mis en place afin d'adresser, de façon prioritaire, les enjeux qui ont été soulevés.

Annexe 1

Bilan du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRACC) 2010-2011 pour la clientèle déficience physique adulte de Montréal

- Une gestion centralisée est réalisée dans les CSSS et les CRDP
- Un gestionnaire d'accès est présent dans tous les CSSS et les CRDP
- Les processus d'accès sont suivis localement et régionalement depuis 3 ans
- Des travaux visant à optimiser les trajectoires de service, les mesures supplétives et la gestion intégrée des services sont en cours

Bilan de l'année 2010-2011 :

Respect des délais pour l'accès aux premiers services

Dans les CRDP : le respect des délais pour les demandes de niveau urgent est de 100 % (résultat national : 62 %) et le niveau élevé est de 69,5 % (résultat national : 81 %).

Dans les CSSS pour la déficience physique : le respect des délais pour les demandes de niveau urgent est de 51,4 % (résultat national : 59 %) et le niveau élevé est de 40 % (résultat national : 70 %).

L'indicateur visé par les MSSS pour les demandes de niveau urgent et élevé pour les CSSS et CRDP est de 90 % de l'atteinte de la cible.

Mécanismes de gestion

En ce qui concerne la déficience motrice adulte :

- Les mécanismes d'accès comme la présence d'un gestionnaire d'accès sont réalisés.
- La gestion centralisée, l'évaluation et l'amélioration des processus d'accès et les modalités d'accès sont à toute fin pratique réalisées. L'utilisation des mesures supplétives (prévues au plan d'accès) sont en cours tandis que la gestion intégrée est plus ou moins amorcée selon les établissements.

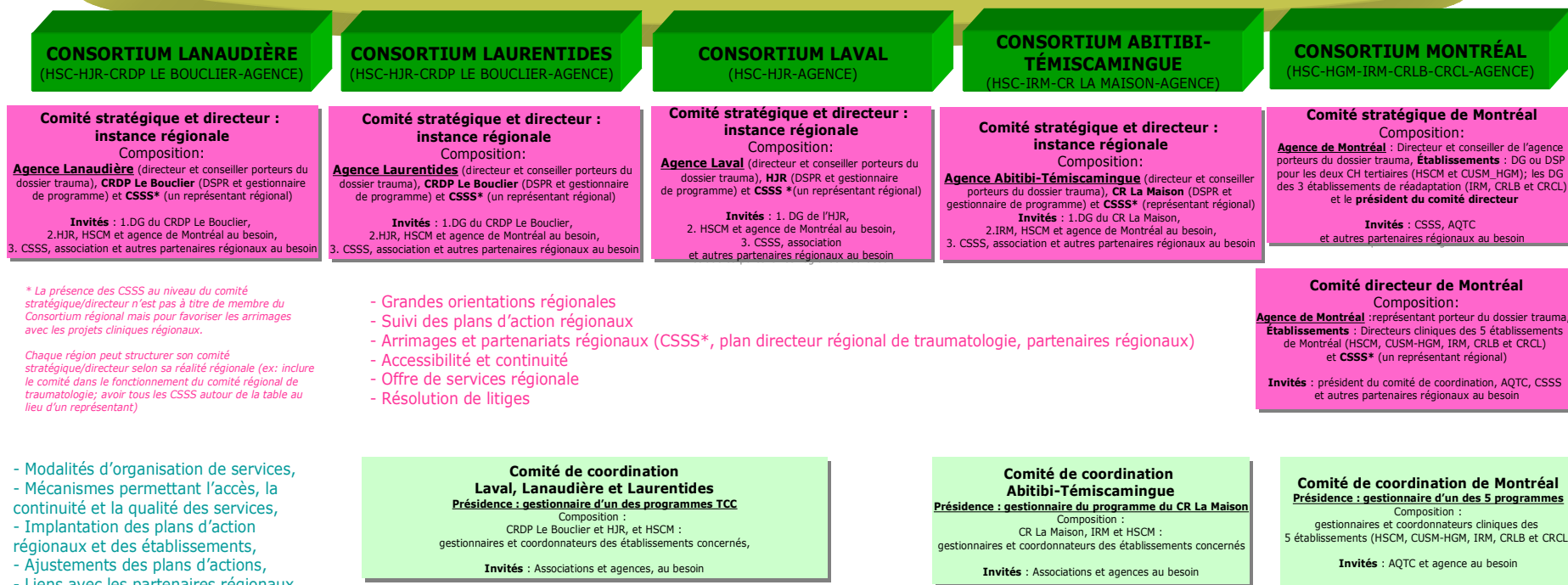
Standards d'accès

- Les standards relatifs au plan d'accès comme la réponse à la personne, les mesures d'appoint et la concertation sont réalisés. L'utilisation du plan de services individualisé (PSI) sera évaluée dans les ententes de gestion pour les CRDP en 2012-13.
- L'objectif premier pour la prochaine année demeure le respect des délais tel que définis au plan d'accès; un enjeu demeure la validation des données, liée notamment au changement des systèmes d'information.

Annexe 2

ORGANIGRAMME DE LA NOUVELLE STRUCTURE DES CONSORTIUMS DE L'OUEST DU QUÉBEC

CONSORTIUMS DE L'OUEST DU QUÉBEC



* La présence des CSSS au niveau du comité stratégique/directeur n'est pas à titre de membre du Consortium régional mais pour favoriser les arrimages avec les projets cliniques régionaux.

Chaque région peut structurer son comité stratégique/directeur selon sa réalité régionale (ex: inclure le comité dans le fonctionnement du comité régional de traumatologie; avoir tous les CSSS autour de la table au lieu d'un représentant)

- Grandes orientations régionales
- Suivi des plans d'action régionaux
- Arrimages et partenariats régionaux (CSSS*, plan directeur régional de traumatologie, partenaires régionaux)
- Accessibilité et continuité
- Offre de services régionale
- Résolution de litiges

- Modalités d'organisation de services,
- Mécanismes permettant l'accès, la continuité et la qualité des services,
- Implantation des plans d'action régionaux et des établissements,
- Ajustements des plans d'actions,
- Liens avec les partenaires régionaux (CSSS).

TABLE DE CONCERTATION INTERCONSORTIUM À DEUX NIVEAUX : STRATÉGIQUE ET DIRECTEUR

Présidence stratégique : directeur de l'agence de Montréal et un DG d'établissement / Composition stratégique : DG des 8 les établissements concernés, directeurs des 5 agences concernées
Présidence directeur : agence de Montréal et un directeur clinique d'un établissement / Composition Directeur : Directeurs cliniques des 8 établissements et porteur du dossier de la trauma des 5 agences

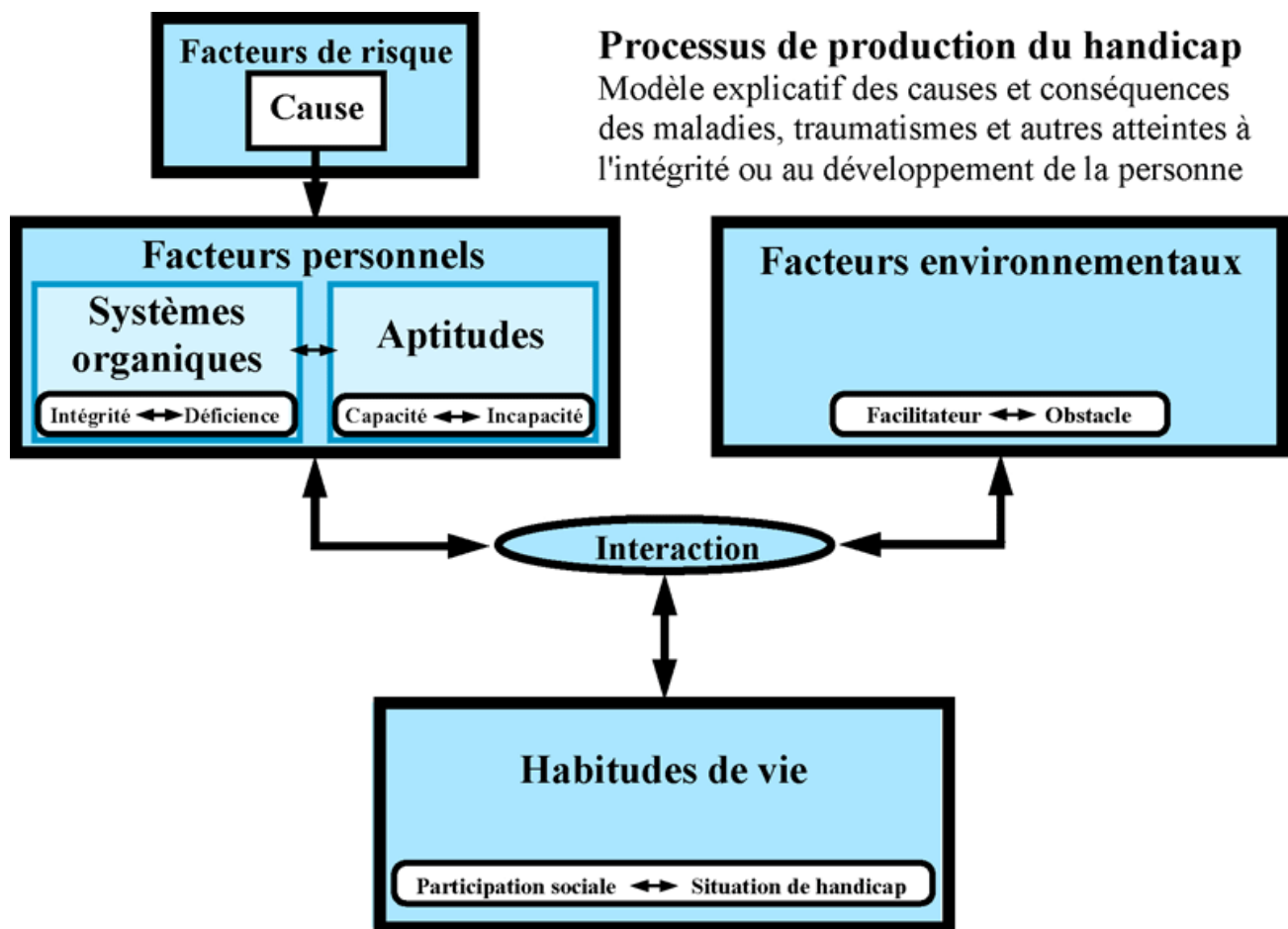
Grandes orientations cliniques, suivi du plan d'action interrégional, suivi des éléments du protocole du tronc commun, partage des connaissances (formation et recherche), activités d'évaluation, grille de monitoring de la clientèle. À cet effet, différents groupes de travail pourront être mis en place tel le comité de formation et le comité d'évaluation.

(Hôpital Sacré-Cœur (HSCM), Hôpital général de Montréal (CUSM-HGM), Institut de réadaptation de Montréal (IRM), Hôpital juif de réadaptation (HJR), CRDP Le Bouclier, CR La Maison, CR Lucie-Bruneau (CRLB), CR Constance-Lethbridge (CRCL))

• Instances en commun

Gras et souligné: **responsable**

Annexe 3



© RIPPH/SCCIDIH 1998

Annexe 4

Incidence des déficiences motrices les plus courantes. Les chiffres indiquent, lorsque disponibles, l'incidence mondiale des différentes pathologies. Dans le cas contraire, l'endroit d'où proviennent les données est indiqué entre parenthèses. Les données pour les pathologies associées à un risque élevé de DM sont plutôt exprimées sous forme de prévalence.

DÉFICIENCES MOTRICES	INCIDENCE – 100 000 HABITANTS
1. Lésions cérébrales	
▪ Accident vasculaire cérébral	150
▪ Traumatisme craniocérébral	300
▪ Sclérose en plaques	20-100
▪ Maladie de Parkinson	4.5-19
2. Lésions médullaires et neuromusculaires	
▪ Lésion médullaire	2.25
▪ Spinabifida	5.6-11.1
▪ Neuropathie	30
– Diabétique	2400-8000
▪ Myopathie (Duchenne de Boulogne)	1 sur 4000 naissances
▪ Neuromusculaire	1
3. Lésions ostéo-articulaires	
▪ Amputations	
– Traumatiques	5.8-31
– Médicales (diabète)	46-9600
▪ Arthrite rhumatoïde	20-50
▪ Arthrose symptomatique (France)	
– Genou	240
– Hanche	80
▪ Brûlures (Europe)	86-157
AUTRES PATHOLOGIES	PRÉVALENCE
▪ Diabète (Québec)	6-9 %
▪ Douleur au dos	50-80 %
▪ Douleur chronique	
– Diabétique	45-75 %
– AVC	8 %
– SP	66 %
▪ Obésité	50 % surpoids
	20-25 % obésité

Annexe 5

PROFIL D'ORGANISATION DES SERVICES INTENSIFS LONG TERME POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES (POSILTPH)

ANNÉE FINANCIÈRE 2011-2012

PORTRAIT AU 31 MARS 2011

	Usagers admis POSILTPH avec des services d'aide à domicile			Liste d'attente au 31 mars 2011							
				Usagers admis avec services en attente de réhaussement d'heures par semaine				Usagers avec profil POSILPTH en attente d'un premier service après évaluation			
	Nb de personnes	heures allouées totales/sem.	moyenne heures/usager/sem.	Nb de personnes	heures dispensées/sem. A	heures de services requises/sem. (récurrent) B	heures non comblées/sem. C = (B-A)	Nb de personnes	heures dispensées/sem. A	heures de services requises/sem. (récurrent) B	heures non comblées/sem. C = (B-A)
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	41	533	13	72	1047	1967	921	48	na	860	na
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	61	721	12	8	113	139	26	6	na	61	na
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	47	1023	22	0	0	0	0	2	na	2	na
CSSS Cavendish	90	1012	11	38	447	645	195	6	na	32	ns
CSSS de la Montagne	116	1630	14	2	14	17	3	39	0	554	na
CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	133	1224	9	14	88	190	102	11	n.a.	50	na
CSSS d'Achutes et Montréal-Nord	60	1138	19	1	7	9	2	0	na	0	na
CSSS du Coeur-de-l'Île	49	1000	20	0	0	0	0	0	0	0	na
CSSS Jeanne-Mance	70	1688	24	0	0	0	0	0	na	0	na
CSSS de St-Léonard et St-Michel	27	470	17	0	0	0	0	0	na	0	na
CSSS Lucille-Teasdale	104	1960	19	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS de la Pointe-de-l'Île	139	2084	15	42	443	949	506	25	na	224	na
Clinique communautaire de Pointe St-Charles	9	69	8	0				0	na		na
Total	946	14551	15	177	2159	3915	1754	137	0	1782	0

Annexe 6

Description des programmes de réadaptation des CRDP et CHR

Le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge offre les programmes suivants :

1. **Programmes-clientèles spécialisés** : neurologie (incluant AVC, tumeurs, déficits moteurs cérébraux et maladies neurodégénératives), orthopédie (incluant amputations, BOG et autres lésions musculosquelettiques), rhumatologie, traumatisme craniocérébral (TCC) autogestion de la douleur chronique;
2. **Programmes multiclientèles** : évaluation de la conduite automobile et adaptation du véhicule, évaluation et orientation au travail, service d'aides techniques, accès aux aides technologiques, transition-école vie active et la ressource intermédiaire Cheshire;
3. **Mandats suprarégionaux**: Adaptation complexe de véhicule, évaluation de capacité de travail pour des clientèles ayant des profils cliniques complexes, services à la clientèle présentant des affections rhumatologiques sévères, services surspécialisés en douleur chronique (membre du centre d'expertise du RUIS McGill) et centre ressource pour le PMATCOM au niveau des aides à la communication.

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre les programmes suivants :

1. **Programmes clientèles**: encéphalopathie (incluant tumeurs et AVC), troubles locomoteurs (BOG, amputation et autres types de lésions musculosquelettiques, blessés médullaires [traumatique ou non; TVA), traumatisme craniocérébral, maladies évolutives, troubles graves du comportement;
2. **Programmes multiclientèles** : aides techniques à la mobilité et à la posture, réadaptation au travail et transition vie active (TEVA), ressources sociorésidentielles (RARI-RAC-Soutien résidentiel-Info/logement), cliniques spécialisées dont l'évaluation de la conduite automobile, l'accès aux aides technologiques, parent-plus et notons l'ajout de trois cliniques spécialisées, soit la clinique d'évaluation pour les personnes ayant besoin d'un chien, la clinique d'adaptation à la douleur et la clinique de services-conseils à distance. Le centre a ouvert la première ressource non institutionnelle pour la clientèle en déficience physique avec trouble grave du comportement dans la ressource Liège.

L'institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)

L'IRGLM est le résultat d'une fusion de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Hôpital de réadaptation Lindsay qui s'est concrétisée légalement le 14 mars 2008.

L'IRGLM est un établissement surspécialisé en réadaptation intensive pour les adultes ayant des déficiences physiques. Il est affilié à l'Université de Montréal pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de réadaptation. La clientèle est desservie par des cliniques médicales externes et par des équipes multidisciplinaires travaillant au sein de 4 programmes-clientèles :

programme amputations / blessures orthopédiques graves
programme neurologie (AVC, TCC, autres neuro)
programme lésions médullaires
programme santé physique (orthopédie, clientèle subaiguë)

Les services multidisciplinaires sont offerts dans les 4 programmes et au service d'aides techniques pour les clientèles hospitalisées et externes.

L'IRGLM a comme mandat régional d'offrir un service de guichet unique d'accès pour les personnes amputées et BOG, pour les personnes TCC et pour les personnes blessées médullaires traumatiques de l'Ouest du Québec et non traumatiques de Montréal. L'IRGLM est d'ailleurs membre du consortium régional de Montréal pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave et membre du Centre d'expertise pour personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec. L'offre de services en neurologie est intégrée au guichet unique de Montréal pour tout adulte, mais la particularité de l'Institut est d'être l'unique dispensateur pour la clientèle neurologique de moins de 55 ans.

Offre de service technique :

Les aides techniques de l'IRGLM recommandent, conçoivent, fabriquent et réparent des orthèses, des prothèses de membres inférieurs et supérieurs, des aides à la mobilité (fauteuils roulants), des aides à la posture (positionnement), des orthèses plantaires, des chaussures sur mesure, des aides compensatoires, des aides à la communication et des contrôles d'environnement adaptés à une clientèle présentant une déficience physique motrice. Grâce à l'expertise de son personnel, le travail en interdisciplinarité, la recherche, l'enseignement et l'évaluation des technologies, les aides techniques de l'IRGLM ont pour objectif de contribuer à la participation sociale active de chacun des usagers, offrant des services tant à la clientèle hospitalisée à l'IRGLM qu'à une clientèle externe. Cette dernière est quant à elle, constituée d'usagers et d'établissements (partenaires-clients). Bien qu'en lien étroit avec la mission de l'IRGLM, la gamme de services offerts par les aides techniques de l'Institut, rejoint une clientèle plus variée que celle de l'établissement.

Annexe 7

Lieu de résidence en fonction des programmes Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	Accès aux technologies	Conduite automobile	Douleur chronique	Éval-orientation	Neurologie	Orthopédie	PSOI - neuro	PSOI - ortho	PSOI - rhumatologie	Rhumatologie	RI Cheshire 8042	RI Cheshire R500DP	TCC	TÉVA	Total
CSSS CAVENDISH	9	45	32	18	50	10	0	0	0	36	0	0	9	3	212
CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL-NORD	3	3	1	4	6	1	0	0	0	4	0	0	1	3	26
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT	2	22	13	8	23	1	0	0	0	15	0	0	7	2	93
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	11	53	21	16	44	13	6	0	4	21	0	0	6	9	204
CSSS DE LA MONTAGNE	19	49	30	17	53	11	1	1	0	32	0	0	21	5	239
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ILE	1	4	7	4	1	0	0		0	7	0	0	3	6	33
CSSS DE L'OUEST-DE-L'ILE	16	87	25	16	6	8	92	10	24	2	14	6	16	12	334
CSSS DE SAINT-LEONARD ET SAINT-MICHEL	0	3	4	1	1	1	0	0	0	9	0	0	0	0	19
CSSS DU COEUR-DE-L'ILE	0	1	2	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	1	10
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	3	29	31	18	39	11	0	0	0	11	0	0	15	8	165
CSSS JEANNE-MANCE	3	2	10	7	3	3	0	0	0	11	0	0	3	2	44
CSSS LUCILLE-TEASDALE	1	1	2	3	3	2	0	0	0	10	0	0	0	1	23
Total Montréal	68	299	178	113	230	61	99	11	28	162	14	6	81	52	1402
Total Montérégie	6	51	40	12	4	5	11	0	2	10	0	0	2	28	171
Total Laval	0	8	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	18
Total Lanaudière	0	16	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	28
Total Laurentides	1	12	5	2	2	2	0	0	0	3	0	0	0	7	34
Total (non précisé)	0	6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Total autres régions	0	63	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	76
Total	75	455	235	130	238	70	110	11	31	177	14	6	83	100	1735

Annexe 8

Le centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Ententes

Partenaires	Objectifs
■ Établissements du réseau de la santé et des services sociaux	
CSSS Jeanne-Mance ⁴²⁶	Collaboration pour répondre aux besoins de la clientèle ayant une déficience physique en termes de continuité, d'accessibilité, de continuité et de qualité des services pour favoriser un recours judicieux aux ressources du réseau
CSSS Lucille-Teasdale Habitation pignon sur roues, Espace Bellechasse ⁴²⁹	Collaboration à l'admission des usagers (Habitation Pignon sur Roues) et complémentarités de services pour des usagers en ressources résidentielles alternatives (Espace Bellechasse)
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL) ⁴¹⁵	Protocole d'entente et de partenariat sur l'accès aux services
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) ⁴⁰⁸	Contrat de service pharmacie
Institut Raymond-Dewar (IRD) ¹⁰³	Entente pour le suivi de la clientèle présentant une surdité ou surdicécité hébergée dans une ressource intermédiaire
Clinique de la douleur du CHUM ⁴⁰⁶	Continuité des services pour la clientèle aux prises avec des douleurs chroniques.
Centre d'expertise en douleur chronique CHUM	Consortium – Centre d'expertise en douleur chronique associé au RUIS de l'Université de Montréal
Continuum de services en douleur chronique : CHUM - CRLB - HSCM- Hôpital Maisonneuve-Rosemont - IUGM -IRGLM - ASSSM - RUIS de l'Université de Montréal ⁴³⁴	Entente de services visant à définir les rôles et responsabilités des parties au regard de la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique
HSCM, IRGLM et Institut thoracique de Montréal ⁴²⁷	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec et le Programme national pour les tétraplégiques ventilo-dépendant
HSCM, IRGLM, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CR La Maison, les CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec en collaboration avec le programme national d'assistance ventilatoire
HSCM, IRGLM, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, le Centre régional de réadaptation la Ressource, les CSSS de l'Outaouais, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec en collaboration avec le programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé McGill
CRLC, CR Le Bouclier, CR La Maison, CUSMcGill- Hôpital général de Montréal, HSCM, Hôpital juif de réadaptation de Laval, IRGLM	Consortiums interrégionaux de soins et services de l'ouest du Québec pour les personnes adultes ayant subi un TCC modéré ou grave – Entente pour la mise en place de services dans le cadre de plans de contingence
Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) ⁴⁰⁵	Services de réadaptation offerts aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, une blessure médullaire ou une autre blessure grave et présentant des troubles sévères de la vision
Centre de réadaptation Marie-Enfant de l'Hôpital Ste-Justine ⁴⁰⁷	Désignation par le MSSS -le CRLB est l'un des centres de réadaptation de la région de Montréal-Centre qui agit comme répondant régional dans le cadre du

Le centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Ententes

Partenaires	Objectifs
	programme des aides techniques à la communication
CHU Sainte-Justine (Centre de réadaptation Marie-Enfant)	Offre de service d'un psychologue et d'un neuropsychologue pour desservir la clientèle TCG enfant
Centre Dollard-Cormier	Protocole d'entente relatif à l'intégration de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral ou une blessure médullaire ou en hébergement avec troubles de toxicomanie
Association montréalaise pour les aveugles-CRCL- CR Marie-Enfant de l'Hôpital Ste-Justine-Centre de réadaptation MAB-Mackay- IRGLM-INLB- IRD ⁴¹⁹	Regroupement permanent des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal. Collaboration entre établissements pour favoriser une meilleure organisation régionale des services spécialisés en réadaptation. En lien avec l'Agence et d'autres partenaires.
Hôpital de réadaptation Villa Medica -CRCL ⁴¹⁸	Services de réadaptation au travail, d'aides techniques et autres services d'intégration pour les personnes victimes de brûlures graves
CEBMOQ/CHUM, CEBMOQ/Hôpital de réadaptation Villa Medica, Agence de la santé et des services de Montréal et tous les CSSS de Montréal	Entente relative aux transferts interétablissements des victimes de brûlures graves entre le Centre d'expertise et la région de Montréal
▪ Ressources intersectorielles publiques (justice, éducation, municipalité, etc.)	
Agence métropolitaine de transport (AMT) 414	Entente relative à l'utilisation du CRLB comme point de correspondance dans le cadre du projet d'intégration des services de transport adapté
Entente-cadre Canada-Québec sur l'habitation sociale ⁴¹³	Programme de Supplément au loyer Ententes avec les propriétaires
Société d'habitation du Québec (SHQ) ⁴¹²	Entente entre le CRLB et la SHQ pour la gestion des subventions de supplément au loyer pour les personnes handicapées
▪ Organismes communautaires	
Société d'habitation Sans Barrières (Ilot Gouin)	Administrateur de l'immeuble « Ilot Gouin » servant de ressource résidentielle alternative pour une clientèle avec déficience physique Membre du CA
VIOMAX ⁴¹⁶	Favoriser l'accès à certaines installations du CRLB en dehors des heures d'utilisation par le CRLB pour permettre à des personnes ayant une déficience physique de profiter des programmes d'activité physique adaptée proposés par VIOMAX
IRGLM, HSCM, IRDPQ, CHA, MÉMO-QC	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec, le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'est du Québec et Moelle épinière et motricité Québec
Association québécoise des traumatisés crâniens	Entente de collaboration dans le cadre du consortium interrégional TCC de l'ouest du Québec.
Centre communautaire Radisson	Entente de collaboration afin de contribuer à l'accueil des personnes atteintes de sclérose plaques en provenance du Centre de jour Centre-Ville du CSSS Jeanne-Mance

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Liste des ententes

PARTENAIRES	OBJECTIFS
Association québécoise des traumatisés crâniens	Entente de collaboration
CRDP Le Bouclier	Services d'évaluation, d'adaptation du véhicule et d'entraînement à la conduite pour des cas complexes
Centre de réadaptation La Maison	
Centre de réadaptation La ressource	Services de réadaptation dans cette région
Centre de santé Inuulitsivik	
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	Services spécialisés et surspécialisés externes de réadaptation
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	Développement et diffusion de la formation sur la réinsertion socioprofessionnelle
Commission de la santé et de la sécurité du travail	Services d'évaluation et de développement des capacités de travail
Commission de la santé et de la sécurité du travail	Interventions interdisciplinaires lésions professionnelles
CSST – Projet pilote	Cheminement clinique des clients avec douleur chronique
Centre universitaire de santé de McGill	Cheminement cliniques des clients avec douleur chronique
CUSM / CSSS Ouest de l'Île	« Contract for an intermediate resource »
Foyer Cheshire	Entente concernant le transfert des TCC et les BOG
CUSM – Hôpital général de Montréal	Transfert des personnes TCC et des personnes BOG ou autre blessure grave
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal	Entente de prêt d'une salle de rencontre
Société Parkinson du Grand Montréal	Entente interétablissements
Tango / CSSS Cavendish	Protocole d'entente
Viomax, Centre d'activités physiques adaptées	

CSSS Cavendish – Hôpital Richardson

Liste des ententes

PARTENAIRE	OBJECTIFS
Entente avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	Les services d'aides techniques et les aides à la marche – RAMQ (fauteuils roulants manuels, aides à la posture, marchettes, cannes quadripodes, etc.).
	Banque de prêts d'équipements – les fauteuils roulants manuels lorsque le client est en attente de fauteuil roulant (RAMQ)



LISTE DES ENTENTES

Partenaires	Objectifs
CHUM	Prise en charge médico-chirurgicale de la clientèle souffrant de spasticité réfractaire
1. CEBMOQ (Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec) – et les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de la Montérégie, de l'Outaouais et de Laurentides-Lanaudière (en cours) 2. CEBMOQ /Agence de santé services sociaux/ Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue/ L'agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue/ Le centre régional de la santé et de services sociaux de la Baie-James/ Le centre de réadaptation la Maison	1. Entente relative à la continuité des services pour la clientèle blessée médullaire traumatique résidant sur les territoires ci-nommés en soutenant des liens fluides et fonctionnels entre les établissements. 2. Transfert inter établissements des personnes blessées médullaires entre le centre d'expertise et la région d'origine.
Moelle épinière et motricité Québec (MEMO-Qc)	Le présent protocole d'entente s'inscrit dans la continuité, la complémentarité, l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes blessées médullaires du Québec, de même que dans le développement du partenariat entre les deux centres d'expertise pour les personnes blessées médullaires du Québec et l'Association MEMO-QC.
Hôpital Sacré Cœur/Hôpital Général de Montréal/ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau/Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	Consortium montréalais de soins et services pour les personnes adultes ayant subi un TCC modéré à grave du territoire de Montréal.
Consortium interrégionaux de soins et services de l'ouest du Québec pour les personnes adultes ayant subi un traumatisme caniocérébral modéré ou grave	Mise en place de services dans le cadre de plan de contingence
Centre de santé et de services sociaux de la Montagne	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle du programme SARCA-R du territoire du CSSS de la Montagne

Partenaires	Objectifs
Agence de santé et services sociaux de Montréal	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle du programme SARCA-R pour la clientèle neurologique et amputée du territoire de Montréal.
SAAQ	Services spécialisés à des personnes accidentées de la route pour les clientèles lésées médullaires, TCC, BOG et amputées.
Consortium du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS de l'Université de Montréal (CHUM et CR Lucie-Bruneau) Et le Centre d'expertise en gestion de la douleur du RUIS de l'Université de Montréal (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et IRGLM)	Continuum des soins et services aux personnes souffrant de douleur chronique.
Les hôpitaux, centres tertiaires en traumatologie (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital général de Montréal)/Hôpital juif de réadaptation de Laval et l'institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal Et Le centre de réadaptation constance Lethbridge, le centre de réadaptation en déficience physique le Bouclier, le centre de réadaptation la Maison et le centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Entente relative au développement et maintien des plans de contingence.
MESS (Ministère emploi et solidarité sociale)	Évaluation des besoins en chaussures moulées.
Programme ministériel	1. Programme attribution des triporteurs et des quadriporteurs pour l'Ouest du Québec. 2. Programme de remboursement des frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité.

LISTE DES ENTENTES DE PARTENARIET DE L'HOPITAL DE RÉADAPTATION VILLA MEDICA

ENTENTES EN LIEN AVEC LE CENTRE EXPERTISE DE L'OUEST DU QUÉBEC DES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES

Région 18	Baie –James	(octobre 2010)
Région 13	Laval	(août 2010)
Région 6	Montréal	(août 2011)
Région 16	Montréal	(novembre 2010)
Région 10	Nord-du-Québec	(septembre 2010)
Région 17	Nunavut	(février 2011)
Région 07	Outaouais	(juin 2011)

Centre de réadaptation Lucie Bruneau et Centre de réadaptation Constance Lethbridge, entente de collaboration pour les personnes victimes de brûlures graves (mai 2010).

ENTENTE EN LIEN AVEC LE PROGRAMMES SARCA DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Entente avec l'Agence de Montréal et Villa Medica pour un nombre cible de clientèle en déficience physique en service ambulatoire (avril 2011).

Ententes avec le CSSS Cœur-de-l'Île et CSSS Pointe-de-l'Île pour les services ambulatoires aux personnes âgées en santé physique (orthopédie, neurologie légère, et subaigu).

Entente avec Le CHUM pour le projet pilote de prise en charge précoce des patients ayant eu un AVC (février 2011).

Entente avec le CHUM pour la mise en place d'un projet pilote de clinique de problèmes cognitifs pour la clientèle AVC hospitalisé et externe à Villa Medica (février 2012).

Nous avons aussi les ententes de service pour l'enseignement aux stagiaires :

- Université de McGill;
- Université de Montréal;
- Université de Concordia;
- Université de Louvain en Belgique;
- CEGEP de Vieux Montréal;
- CEGEP Mari-Victorin;
- Plusieurs écoles de métiers (pour les PAB et infirmières auxiliaires).

Annexe 9

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (PSOC)	
Portrait au 1 avril 2011 des organismes en déficience physique	Subventions 2010-2011
Aide aux personnes obèses handicapées du Québec	12 002 \$
Amalgame Montréal inc.	76 500 \$
Association des loisirs des personnes handicapées physiques de Montréal	108 276 \$
Association de loisirs pour personnes à autonomie réduite	65 048 \$
Association spina bifida et d'hydrocéphalie de la région de Montréal 91985) inc.	84 660 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Montréal régional (06-13-14-15-16) inc.	84 898 \$
Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec	181 642 \$
Association québécoise des personnes aphasiques	128 170 \$
Association québécoise des traumatisés crâniens	85 236 \$
C.A.R.E. (Centre d'activités récréatives et éducatives)	109 382 \$
Centre Action	65 678
Centre communautaire Radisson inc.	172 573 \$
Centre d'intégration à la vie active pour les personnes vivant avec un handicap physique	34 328 \$
Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain	135 620 \$
Centre de ressource à la vie autonome du Montréal métropolitain	72 640 \$
Club des personnes handicapées du Lac Saint-Louis	65 678 \$
Communicaide pour des adultes avec problèmes auditifs (C.A.P.A.)	107 100 \$
Habitations pignon sur roues	25 500 \$
Handidactis	54 551 \$
L'Association pour les jeunes handicapés physiques Les Loisirs Soleil	63 796 \$
Le bon pilote inc.	82 240 \$
Le groupe d'entraide de la sclérose en plaques de la Banlieue ouest	53 040 \$
Main-Forte Montréal	76 500 \$
Promotion intervention en milieu ouvert inc.	117 810 \$
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal-Métropolitain	467 672 \$
Solidarité de parents de personnes handicapées inc.	103 097 \$
Théâtre aphasique	61 200 \$
TOTAL	2 694 837

Source : Rapport annuel de gestion, 2010-2011. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 