

## Fiche 15 : Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience :

### Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

2017

*Cette fiche n'est pas un résumé du cadre de référence mais une lecture des points majeurs à retenir complétée de quelques commentaires.*

Ce cadre de référence **s'adresse à toutes les déficiences** : physique, déficience intellectuelle, TSA + les personnes ayant un retard significatif de développement et celles ayant des troubles de la communication sociale.

*Le cadre de référence est essentiellement un référentiel aux assises conceptuelles et organisationnelles du MSSS. Il récapitule l'organisation des services en rappelant une série de dispositions déjà prises antérieurement, et n'ajoute pas vraiment de nouvelles mesures. Il reste général.*

Notamment il rappelle:

- L'orientation vers **la participation sociale** (en référence à la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, et à la politique A Part entière)
- La référence à l'organisation du réseau en **programmes services**, dont celui en Déficience physique et celui en DI-TSA, issue de "L'architecture des services" et du "modèle d'intégration des services", avec les concepts de **hiérarchisation des services** (généraux, spécifiques, spécialisés, surspécialisés), **primauté des services de proximité**. (2004)
- La référence aux **politiques en DP** (1995 et 2004), **DI** (2001) et **TSA** (2003) et leurs bilans et plans d'actions, mettant la **participation sociale de l'avant**. Ajouté les bilans de ces politiques (en 2016) qui concluent toutes au fait que la tâche n'est pas terminée et qu'il convient de poursuivre en gardant le cap sur la participation sociale.
- La référence au **Plan d'accès aux services** (2008) qui statue sur l'**accès** aux services (standards d'accès, priorités pour un premier service), la **continuité** des services (délais, désignation d'intervenants -pivot, mise en place de mécanismes de coordination, processus et mécanismes d'accès, gestion centralisée et standardisée des listes d'attente), mesures supplétives.
- La mise en œuvre des **deux lois SSSS de 2005 remplacée par celle de 2015** qui ont introduit la **responsabilité populationnelle** et le **réseau territorial de services**,

le principe de **la proximité des services, l'intégration de toutes les composantes du réseau** au sein d'une même instance, **le CISSS ou CIUSSS** (y compris les centres de réadaptation).

Le tout débouche sur un **réseau intégré de services (l'objectif essentiel de tous les textes parus depuis 2005), des trajectoires** de services et des corridors, selon un **principe de précocité**, le tout voulant permettre à la personne de recevoir l'intégralité des services dont elle a besoin, de la façon la plus simple possible, en utilisant les services du réseau de la façon la plus efficace. Le tout suppose une réorganisation des services, ce que tente le RSSSS depuis 2005, et de façon plus intense en DI-TSA actuellement. L'orientation générale est vers la **diversification des services spécifiques** qui comptent la plus grande étendue de besoins et de services (et qui peuvent être offerts par des équipes multidisciplinaires), l'optimisation des services spécialisés (en interdisciplinarité, circonscrits dans le temps), une utilisation minimale de services surspécialisés pour les problématiques complexes. Le contour financier devrait suivre cette orientation.

Le cadre de référence met aussi **l'emphase sur la responsabilité populationnelle, le partage collectif de la responsabilité sociale de la participation sociale** des personnes handicapées, incitant **au partenariat** à travers un réseau territorial de services **où l'ensemble des partenaires sont invités à jouer leur rôle, incluant le milieu communautaire**. Une collaboration qui s'exprime à travers un partage d'expertise, de responsabilités, des ressources, de vision commune etc...avec la formalisation d'**ententes** entre les organisations. Le partenariat s'étend à divers partenaires d'autres réseaux en collaboration inter-réseaux.

Le document décrit le processus de cheminement de la demande de services, étape par étape, des éléments déjà établis depuis longtemps dont certains dans le plan d'accès aux services.

Le document comprend aussi :

- ✓ **Un lexique des termes employés par le MSSS**
- ✓ **Un schéma du processus de cheminement de la demande de services**
- ✓ **7 annexes** dont :
  - **La typologie des principaux services** en déficience.

A cet égard, **au titre des activités socioprofessionnelles et communautaires**, on ne retrouve plus expressément de soutien à l'intégration en emploi (qui se fera en épisodes de services en réadaptation), mais seulement un soutien à des activités dites contributives, dans la communauté, en milieu de travail communautaire ou dans des activités de jour valorisantes.

Également, au **chapitre des services résidentiels**, on nomme la mise en place de moyens permettant à la personne de demeurer dans son milieu naturel (dont les services **d'aide à domicile**), l'accompagnement de la personne dans la recherche d'un milieu de vie alternatif (avec possibilité de formules dites hybrides), **le pairage de la personne avec une ressource** et le **suivi de cette personne dans sa ressource** résidentielle. La réadaptation sort du domaine résidentiel à part quelques possibles épisodes de services. Ce modèle résidentiel met plutôt l'accent sur l'aspect résidentiel de ce milieu substitut qui est largement contracté à des **ressources privées**. (RI et RTF)

- Les **approches théoriques** utilisées par le RSSS dont le **PPH**.
- Une **description du continuum de services** en réponse aux besoins. Dans cette annexe, il y a les deux définitions des concepts **d'adaptation-réadaptation** et **maintien des acquis et soutien à la participation sociale**. Cette dernière notion est clairement identifiée bien qu'aux contours particulièrement imprécis et constitue une des notions nouvelles qui prend de la place dans la description des services afin de l'isoler clairement du concept de réadaptation. Incidence pratique : la **réadaptation** constitue un acte clinique en épisode de services de courte durée et se donne comme service spécialisé alors que le **maintien des acquis/soutien à la participation sociale** est un épisode de moyenne ou longue durée et se donne en service spécifique, dépendant donc de la composante CLSC des CISSS.

*Alors que la réorganisation bat son plein, le MSSS produira en 2021, un ultime document : la gamme de services pour les personnes ayant une déficience, qui devient la formalisation des services annoncée par le cadre de référence. Cette réorganisation n'a pas été accompagnée de financement, avec pour conséquence que les services des CRDI-TSA sont transférés en CLSC en services spécifiques sans budget, donc nécessairement avec des coupures.*