



GUIDE INTERPROGRAMMES

SYNTHÈSE DES PROGRAMMES DPD

Direction des programmes déficiences

Octobre 2019 (mis à jour 2019-12-10)



GUIDE INTERPROGRAMMES – Synthèse des programmes

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Principes directeurs	4
Objectifs du document	5
Acronymes et glossaire	6
Définitions	10
Critères d'admissibilité	13
Critères de priorisation (en fonction du plan d'accès)	14
Informations retrouvées au sein de chaque programme ou service.....	14
Programme cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie	15
Programme comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA).....	17
Programme d'accès aux technologies et aux communications, (PATCom).....	18
Programme de conduite automobile et adaptation de véhicules.....	20
Programme régional des douleurs chroniques.....	22
Programme régional des maladies neuromusculaires	24
Programme régional en déficience auditive 0-100 ans	26
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) clientèle 7 ans et plus	29
Programme spécialisé DI 7 ans et plus.....	31
Clientèle MDA hébergée;.....	32
équipes sous la coordination du Programme DIL-DIM.....	32
Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL clientèle 0-6 ans	33
Programme spécialisé intégration au travail (PSIT)	35
Programme spécialisé intégration scolaire et communautaire DIS-DIP-DMS.....	36
Programme spécialisé logement à soutien gradué (PLSG)	38
Programme spécialisé Nexus	39
Programme spécialisé TC-TGC.....	42
Programme spécialisé TSA 7 ans et plus	45
Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	47
Service des aides techniques (SAT)	49
Services résidentiels : Mécanisme d'Accès Hébergement (RI-RTF-RAC) en collaboration avec la Coordination RI-RTF.....	52
Services spécifiques DI-TSA-DP	56
Liste des UA3 – Unités administratives.....	58
Liste des Programmes-Services DPD CISSS-MO	63

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Introduction

Raison d'être de la Direction des programmes Déficiences (DPD)

Les programmes Déficiences regroupent un ensemble de services qui s'appuie sur une référence commune, le processus de production du handicap (PPH), et ce, afin de mieux intervenir sur l'interaction dynamique entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux et favoriser la participation sociale des usagers.

Les programmes s'adressent aux personnes ayant une déficience ainsi qu'à leur famille et leurs proches.

Dans ce contexte, la direction a pour raison d'être :

- De permettre aux personnes ayant une déficience physique (DP), intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) d'atteindre un degré optimal d'autonomie, de participation sociale et d'assurer la réalisation de leur projet de vie ;
- De favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;
- De favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;
- De diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;
- D'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes strates de la population.¹

Description des mandats de la DPD

La DPD a pour mandat d'offrir des services spécifiques sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et des services spécialisés sur l'ensemble de la Montérégie ainsi qu'une partie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (territoires La Pommeraie et de la Haute-Yamaska) afin de répondre aux besoins de santé et de services sociaux des personnes ayant une DP motrice, auditive ou langagière, une DI ou un TSA.

L'offre de service est structurée par programme afin de permettre une spécialisation et ainsi offrir des services adaptés aux besoins.

La clientèle regroupe des personnes de tous âges, dont la déficience ou le trouble entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite.²

¹ Offre de service, Direction des programmes Déficiences Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie Ouest

² Idem

GUIDE INTERPROGRAMMES – Synthèse des programmes

Principes directeurs

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Principes de la collaboration interprogrammes Direction des programmes Déficiences



Principes directeurs généraux

- La réponse aux besoins de l'utilisateur et ses proches est au centre de nos préoccupations.
- Le plan d'intervention de l'utilisateur, dans lequel on retrouve les objectifs liés aux habitudes de vie perturbées significatives pour lui, sert de pierre angulaire à la collaboration interprogrammes.
- Des liens de communication rapides, fluides, centrés sur les besoins de la clientèle sont assurés.
- Une juste et exhaustive connaissance de l'offre de service et des modalités d'accès des différents programmes de la direction est requise.
- Les décisions cliniques prises par les intervenants et les gestionnaires, avec les usagers, s'appuient sur les valeurs du CISSMO et la vision de la DPD.
- L'imputabilité du bon fonctionnement de la collaboration est partagée par l'ensemble du personnel en fonction des responsabilités qui leur incombent.
- L'approche patient-partenaire et le principe d'autodétermination prévalent. L'utilisateur et ses proches demeurent responsables de leur projet et de leurs communications avec les intervenants des différents programmes.

Principes directeurs spécifiques

- * **LA CONTINUITÉ** : Se définit comme l'assurance du maintien des services
 - Une priorité doit être accordée aux dossiers pour qui un transfert interprogrammes est requis.
 - Une concertation entre les intervenants-pivots est requise lorsqu'un transfert a lieu.
 - Un délai maximal de 3 mois est donné au programme receveur pour offrir l'ensemble des services. Durant cette période, le programme initial poursuit les services.
- * **LA COMPLÉMENTARITÉ** : Signifie que les besoins d'un usager ou de ses proches interpellent simultanément les services de plus d'un programme.
 - La concertation représente la clé d'une complémentarité réussie.
 - Des discussions de cas, un partage de connaissances de l'utilisateur, de sa situation, de ses besoins sont valorisés, et ce, dans les meilleurs délais.
 - Un plan d'intervention commun doit être réalisé.
 - L'intervenant pivot est déterminé conjointement. Il s'assure de la fluidité de la transmission des informations afin d'éviter à l'utilisateur de répéter indûment.
 - Il est important de déterminer quel programme offrira le premier service à l'utilisateur en respect des balises du plan d'accès.
 - Un délai maximal de 3 mois est respecté pour que tous les programmes débutent leurs interventions lorsque la réalisation des objectifs du plan d'intervention de l'utilisateur en dépend.
- * **LA CONSULTATION** : Consiste en un besoin d'expertise spécifique non disponible au sein du programme initial ou non planifié dans la structure de poste, mais faisant partie intégrante de l'offre de service d'un autre programme, sans que l'utilisateur puisse être admissible au sein de ce dernier programme. Il s'agit d'une demande d'information, de coaching ou d'une consultation de courte durée dans une discipline spécifique.
 - La demande de consultation doit être cohérente avec l'expertise du programme.
 - Une consultation doit s'inscrire comme une modalité thérapeutique liée à un objectif du plan d'intervention et en lien avec le projet de réadaptation de l'utilisateur; la poursuite de l'objectif demeure sous la responsabilité du programme initial.
 - Une consultation a un caractère ponctuel et temporaire; elle peut toutefois se répéter.
 - Une priorité du dossier peut être accordée si la réalisation des objectifs du plan d'intervention et du projet de réadaptation de l'utilisateur dépend de l'expertise que peut apporter une consultation spécifique.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Objectifs du document

Le guide interprogrammes se veut un document complet et clé en main pour tout intervenant se retrouvant devant un dossier complexe qui nécessite une expertise hors du champ de compétences de son programme.

Le guide offre une synthèse de tous les programmes disponibles à la DPD du CISSS Montérégie-Ouest, incluant une présentation de ses objectifs et activités, les critères et diagnostics admissibles au programme, les documents requis pour une demande interprogrammes et s'il y a lieu, les particularités et autres informations pertinentes.

Objectifs du guide

- Réunir en un seul endroit les informations relatives aux programmes et services offerts à la DPD CISSS-MO.
- Soutenir les équipes qui font face à des situations où un besoin ou une situation de handicap est constaté mais auquel leur programme n'est pas en mesure de répondre et ce, en cours d'épisode de service. Le besoin nommé doit avoir été discuté en équipe clinique avant d'entreprendre cette démarche.

* Une mise à jour du document *Synthèse des programmes DPD* sera effectuée annuellement.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Acronymes et glossaire

AAO	<i>Accueil, Analyse et Orientation</i> : les premiers acteurs à accueillir les demandes. Ils ont la responsabilité d'orienter la personne aux services répondant le mieux à ses besoins.
ADRAQ-CSD	<i>Alliance nationale des associations démocratiques des ressources à l'adulte du Québec – Centrale des syndicats démocratiques</i>
ADREQ	<i>Alliance des associations démocratiques des ressources à l'enfance du Québec</i>
AERDPQ	<i>Association des établissements en réadaptation en déficience physique du Québec</i>
AIMM	<i>Analyse et intervention multimodales</i>
ARHIQ	<i>Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec</i>
ASA	<i>Aide de suppléance à l'audition</i>
ASL	<i>American Sign Language</i>
AVC	<i>Accident vasculaire cérébral</i>
AVD	<i>Activités relatives à la vie domestique</i>
AVQ	<i>Activités de base de la vie quotidienne</i>
BAHA	<i>Bone Anchored Hearing Aid</i> . Système d'implant à conduction osseuse.
BM	<i>Blessure médullaire</i>
BOG	<i>Blessure orthopédique grave</i>
BR	<i>Base roulante</i>
CASA	<i>Comptoir des aides de suppléance à l'audition</i>
CC	<i>Coordonnateur clinique</i>
CDS	<i>Conduct Disorder Scale</i>
CETSA	<i>Clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme</i>
CHSLD	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
CHUS	<i>Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke</i>
CISSS	<i>Centre intégré de santé et de services sociaux</i>
CIUSSS	<i>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux</i>
CMR	<i>Centre montérégien de réadaptation</i>
COMPLÉMENTARITÉ	La complémentarité signifie que les besoins d'un usager ou de ses proches interpellent simultanément les services de plus d'un programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

CONDO	Terme indiquant l'emplacement administratif d'un dossier d'utilisateur : condos ME, SRSOR ou CMR.
CONSULTATION	La consultation consiste en un besoin d'expertise spécifique non disponible au sein du programme initial ou non planifié dans la structure de poste, mais faisant partie intégrante de l'offre de service d'un autre programme, sans que l'utilisateur puisse être admissible au sein de ce dernier programme. Il s'agit d'une demande d'information, de coaching ou d'une consultation de courte durée dans une discipline spécifique.
CONTINUITÉ	La continuité de l'intervention se définit comme l'assurance du maintien des services.
CPE	<i>Centre de la petite enfance</i>
CRDP	<i>Centre de réadaptation en déficience physique</i>
CSST	<i>Commission de la santé et de la sécurité au travail</i>
DA	<i>Déficience auditive</i>
DEP-Ado	Grille de dépistage de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes.
DISCIPLINE	Service lié à un titre d'emploi professionnel (ex : ergothérapie, soins infirmiers, etc.).
DI	<i>Déficience intellectuelle</i>
DIL	<i>Déficience intellectuelle légère</i>
DIM	<i>Déficience intellectuelle moyenne</i>
DIP	<i>Déficience intellectuelle profonde</i>
DIS	<i>Déficience intellectuelle sévère</i>
DL	<i>Déficience langagière</i>
DM	<i>Déficience motrice</i>
DMS	<i>Déficiences multiples</i>
DP	<i>Déficience physique</i>
DPD	<i>Direction des programmes déficiences</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> ; manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Version 5 (chiffres Romains abandonnés après le IV)
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> Version IV traduite
DX	<i>Diagnostic</i>
ÉCHANGE INTERPROGRAMMES	Discussion entre programmes d'une même direction afin de discuter des besoins et/ou situations de handicap d'un usager dans le but d'obtenir le soutien d'un programme autre que celui où l'utilisateur est inscrit initialement.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

EGCP-II	<i>Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II - révisée</i>
ESS	<i>Éducation socio-sexuelle</i>
Fma	<i>Fauteuil roulant à propulsion manuelle</i>
Fmo	<i>Fauteuil roulant à propulsion motorisée</i>
FRIJQ	<i>Fédération des ressources intermédiaires jeunesse du Québec</i>
GDE	<i>Gestion des émotions</i>
GHS	<i>Gestion des habiletés sociales</i>
HTSA	<i>Hypothèse TSA</i>
LPC	<i>Langage parlé complété</i>
LSQ	<i>Langue des signes québécoise</i>
MDA	<i>Maintien des acquis</i>
ME	<i>Montérégie Est</i>
MF	<i>Modulation de fréquence. Système de communication sans fil entre émetteur et récepteur, dont le signal est transmis par des ondes radio par modulation de fréquence. Le couplage MF réalisé par l'audiologiste permet l'ajuster du volume système MF en fonction des appareils auditifs.</i>
MO	<i>Montérégie Ouest</i>
MSSS	<i>Ministère de la santé et des services sociaux</i>
ORL	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>
PALV	<i>Perte d'autonomie liée au vieillissement</i>
PATCom	<i>Programme d'accès aux technologies et aux communications</i>
PEERS	<i>Program for the Education and Enrichment of Relationship Skills</i>
PI	<i>Plan d'intervention</i>
PII	<i>Plan d'intervention individualisé</i>
PLSG	<i>Programme spécialisé logement à soutien gradué</i>
PMATCom	<i>Programme ministériel des aides techniques à la communication</i>
PPH	<i>Processus de production du handicap</i>
Programme-service PS	<i>Les programmes établis par le MSSS en lien avec le Manuel de la gestion financière (ex : 8051-Adap/réad.-DI, 0401-Groupe DP, 8052-ICI TED)</i>
PRSC	<i>Professionnel responsable du soutien clinique</i>
PSI	<i>Plan de services individualisé</i>

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

PSIT	<i>Programme spécialisé intégration au travail</i>
RAC	<i>Résidence à assistance continue</i>
RAMQ	<i>Régie de l'assurance maladie du Québec</i>
RFI	<i>Réadaptation fonctionnelle intensive</i>
RGD	<i>Retard global de développement</i>
RI-RTF	<i>Ressource intermédiaire – ressource de type familial</i> <i>Hébergement en milieu de vie substitut</i>
SAAQ	<i>Société de l'assurance automobile du Québec</i>
SAT	<i>Services des aides techniques</i>
SC	<i>Soutien clinique : personne qui agit à titre de soutien clinique auprès d'un gestionnaire et d'une équipe, change d'appellation selon les programmes : CC, SCG, PRSC, etc.</i>
SCG	<i>Soutien clinique au gestionnaire</i>
SEP	<i>Sclérose en plaques</i>
SLA	<i>Sclérose latérale amyotrophique</i>
SRSOR	<i>Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort</i>
TA	<i>Trauma adulte</i>
TAC	<i>Troubles auditifs centraux</i>
TC	<i>Trouble de comportement</i>
TCCL	<i>Traumatisme craniocérébral léger</i>
TCCMG	<i>Traumatisme craniocérébral modéré ou grave</i>
TDAH	<i>Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité</i>
TDC	<i>Trouble de la coordination</i>
TGC	<i>Trouble grave de comportement</i>
TSA	<i>Trouble du spectre de l'autisme</i>
TTA	<i>Trouble de traitement auditif</i>
UA3	<i>Unité administrative représentant l'organigramme interne (programmes DPD). Identifie aussi sous quelle coordination le service est inscrit selon le découpage du territoire.</i>
URFI	<i>Unité de réadaptation fonctionnelle intensive</i>

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Définitions

Adaptation : Intervention pour faciliter l'ajustement mutuel et continu entre la personne et son environnement et développer les capacités cognitives et adaptatives de la personne.

Déficiência intellectuelle : (DI) La déficiência intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifestent avant l'âge de 18 ans dans :

- les habiletés conceptuelles (mémoire, langage, aptitudes scolaires, écriture, lecture, raisonnement mathématique, acquisitions sur le plan des connaissances pratiques, de la résolution de problèmes, jugement dans les situations nouvelles);
- les habiletés sociales (les relations interpersonnelles, conscience des expériences, des pensées et des sentiments des autres, l'empathie, les habiletés de communication interpersonnelle, les habiletés pour développer des liens d'amitié, le respect des règles, le jugement social);
- les habiletés pratiques (l'apprentissage et l'autogestion dans différentes situations de la vie quotidienne, les soins personnels, les responsabilités professionnelles, la gestion de l'argent, les loisirs, l'autogestion de son comportement, l'organisation des tâches à l'école et au travail, les compétences domestiques, etc.).

Déficiência langagière : (DL) La déficiência langagière est conséquent à un trouble d'ordre neurologique ou d'origine congénitale (trouble développemental du langage (dysphasie), dyspraxie verbale ou certaines formes de bégaiement, etc.).

Déficiência motrice : (DM) Les diagnostics en déficiência motrice sont multiples. Ils sont d'origine anténatale, néonatale ou acquise et peuvent entraîner des atteintes neuro-musculo-squelettiques, neuro-sensori-motrices ou musculo-squelettiques. Les services de réadaptation du programme en déficiência motrice sont offerts pour les clientèles jeunesse et adulte.

La déficiência motrice est conséquent à :

- une lésion ou une anomalie du système nerveux central;
- une lésion de la moelle épinière complète ou partielle;
- une atteinte du système nerveux périphérique ou du système musculosquelettique;
- des brûlures graves entraînant des atteintes significatives et persistantes sur le plan moteur, tactile et proprioceptif

Exemples : paralysie cérébrale, tumeur cérébrale, encéphalopathie, séquelles d'une méningite, traumatisme craniocérébral, accident vasculaire cérébral, spina bifida, amputation, blessure orthopédique complexe, etc.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Hypothèse TSA : (HTSA)

De 0 à 12 ans :

- Présence de manifestations dans les deux domaines associés au trouble du spectre de l'autisme : Communication et interaction sociale/Intérêts restreints et comportements stéréotypés.
- Il doit y avoir une constance et une persistance des comportements au niveau de l'histoire développementale particulièrement importante pour les hypothèses TSA chez les enfants de 6 ans et plus.
- Une fréquence et une intensité des comportements doivent être observées dans les différents milieux de vie de l'enfant (maison, garderie/école, loisirs) et avoir un impact au niveau de son fonctionnement. Il est aussi important de tenir compte du stade de développement avant de statuer sur les impacts fonctionnels, de manière à s'assurer que le comportement ne puisse être expliqué par le stade développemental.
- La personne qui émet l'hypothèse ou qui procède au repérage ciblé doit avoir eu un contact direct avec l'enfant afin de confirmer les éléments mentionnés dans les documents de référence.

13 ans et plus

- Présence de manifestations dans les deux domaines associés au trouble de spectre de l'autisme : Communication et interaction sociale/Intérêts restreints et comportements stéréotypés.
- Il doit y avoir une constance et une persistance des comportements au niveau de l'histoire développementale ou histoire de vie de l'adolescent ou l'adulte.
- Une fréquence et une intensité des comportements doivent être observées dans les différents milieux de vie de l'adolescent ou de l'adulte (maison, école/travail, loisirs). Il doit y avoir également une constance des impacts au niveau du fonctionnement. Il est aussi important de tenir compte du stade de développement avant de statuer sur les impacts fonctionnels de manière à s'assurer que le comportement ne puisse être expliqué par le stade développemental (ex. adolescence et jeux vidéo).
- La personne qui émet l'hypothèse ou qui procède au repérage ciblé doit avoir eu un contact direct avec l'adolescent ou l'adulte référent afin de confirmer les éléments mentionnés dans les documents de référence.

Intégration et participation sociales : La participation sociale se définit comme étant le résultat des influences entre les caractéristiques d'une personne et les éléments de son environnement physique et social. Elle se traduit comme la pleine réalisation des « habitudes de vie » de la personne.

Le pronostic de participation sociale est la prévision du niveau probable d'intégration après une période prévue de réadaptation. Il découle d'un raisonnement appuyé sur les évaluations, le jugement clinique des intervenants et l'évolution de l'usager. Il se discute dès le plan d'intervention initial en tenant compte des capacités – incapacités, des attentes de l'usager et des changements significatifs observés touchant les habitudes de vie antérieures ou à développer.

Intervenant pivot : L'intervenant pivot de l'établissement est l'interlocuteur principal pour la personne et ses proches et permet d'assurer l'intégration des interventions et des services au sein de son CISSS.

La fonction qui définit l'intervenant pivot est la coordination des services, peu importe que l'intervenant œuvre uniquement dans son établissement ou dans le réseau. Toutefois, cette fonction peut être combinée à une fonction clinique.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

L'intervenant pivot :

- S'assure que la personne et ses proches soient accompagnés et soutenus dans le processus d'obtention des services. Il soutient la personne et ses proches dans l'expression de leurs besoins, de leurs préférences et les aide à faire des choix;
- S'assure d'obtenir la participation active de la personne, en tenant compte de ses capacités et de ses limitations.
- Recherche la collaboration des proches de la personne;
- Soutient la recherche des alternatives en cas de non-disponibilité des ressources appropriées;
- Rassemble les intervenants de son CISSS (PII) et les partenaires pouvant collaborer à l'évaluation globale des besoins pour l'élaboration du PI;
- S'assure de la complémentarité entre les services mis en place, de la cadence appropriée pour la dispensation des services (PII) et de la cohérence des interventions de chaque partenaire impliqué (PSI).
- Favorise la transmission des informations pertinentes entre la personne, les proches et les partenaires et s'assure que les échanges des renseignements requis pour la continuité des services soient effectués au moment opportun.
- S'assure de l'élaboration, de l'application et de la révision du PII ou du PSI.³

Réadaptation : Évaluation des besoins de l'utilisateur et intervention lorsque la personne est exposée à de l'exclusion sociale soit par des comportements inappropriés ou excessifs ou un retard de développement ou un isolement social. Les interventions visent la correction de la situation et le retour de la personne à des conditions favorables à son inclusion.

Référence : La référence peut provenir de l'externe du CISSSMO ou à l'interne de la DPD

Retard global de développement : (RGD) Un RGD se définit comme un retard significatif dans au minimum deux des domaines suivants : motricité globale ou fine, cognition, communication, développement personnel et social, ainsi que dans les activités de la vie quotidienne. Selon les Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental de l'Ordre des psychologues du Québec, le RGD n'implique pas nécessairement la présence de limites sur le plan cognitif. Il constitue néanmoins un facteur de risque. Le diagnostic de déficience intellectuelle n'est pas encore posé, entre autres, à cause de l'âge de l'enfant et la maturité neurologique appréhendée chez celui-ci. Ce diagnostic nécessite donc une réévaluation, afin de vérifier ultérieurement si un diagnostic de déficience intellectuelle peut être posé ou bien écarté. **Le retard global de développement** est généralement associé à l'enfant de moins de 7 ans qui accuse un retard significatif par rapport à son âge chronologique, dans au moins deux sphères de son développement. Les retards qui persistent au-delà de cet âge indiquent généralement la présence d'incapacités intellectuelles. De ce fait, un diagnostic de déficience intellectuelle sera requis afin de poursuivre nos services.

Services d'adaptation et de réadaptation : Les services d'adaptation-réadaptation sont des services spécialisés qui correspondent à un ensemble d'activités permettant d'actualiser le potentiel d'autonomie de la personne selon ses aspirations et objectifs en agissant à la fois sur le développement de ses habiletés, sur la compensation de ses incapacités et sur la réduction des obstacles environnementaux. Ils visent à assurer une pleine participation sociale. Ces services sont circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale.

³ Offre de service, Direction des programmes Déficiences Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie Ouest

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Services spécialisés : Les services spécialisés de deuxième ligne regroupent une gamme complète d'activités d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant une problématique particulière ainsi que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Services spécifiques : Les services spécifiques s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières. Ils assurent des services à moyen et long terme visant à compenser les incapacités des personnes dans l'accomplissement de leurs activités courantes et à assurer leur maintien dans la communauté. Ils répondent à des besoins multiples, inter-reliés ou concomitants de certaines clientèles vulnérables ou particulières. Ils interviennent auprès des personnes qui vivent dans leur communauté et qui requièrent généralement des services continus à moyen ou à long terme et souvent intensifs. Ils répondent à des besoins multiples, inter-reliés ou concomitants de certaines clientèles vulnérables ou particulières. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être par des actions les visant spécifiquement.

Services de soutien spécialisé aux partenaires : Le Service de soutien spécialisé aux partenaires comporte un ensemble d'actions visant à soutenir le développement des compétences des partenaires de la communauté afin de faciliter l'intégration de la clientèle ayant une DI, un TSA ou une DP dans leurs services.⁴

Trouble du comportement : (TC) Action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique.

Trouble du spectre de l'autisme : (TSA) Le « trouble du spectre de l'autisme » inclut toutes les catégories (sauf les diagnostics génétiques) précédemment répertoriées au DSM-IV-TR sous la dénomination « troubles envahissants du développement ».

On parle donc maintenant d'un diagnostic de « trouble du spectre de l'autisme », sans préciser de catégorie. Le DSM-5 permet maintenant de déterminer le niveau de sévérité en fonction des besoins de soutien (léger, moyen sévère).

Trouble grave du comportement : (TGC) Se définit par un ou des comportements qui mettent en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qui compromettent sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux ». (Tassé et Al., 2010).

Critères d'admissibilité

En général, l'utilisateur doit présenter une problématique significative dans au moins une habitude de vie. Il doit aussi avoir la disponibilité et la motivation pour investir dans son processus de réadaptation.

Aussi, de façon générale, tout usager doit présenter un potentiel de réadaptation et être disponible à la réadaptation (sur le plan médical ou mental) pour être admissible dans un programme spécialisé.

Les critères plus spécifiques à chaque programme ou service seront indiqués directement dans les descriptions de programmes et services (pages 14 à 55).

⁴ Idem

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Critères de priorisation (en fonction du plan d'accès)

Critères d'établissement de la priorité : Les critères d'établissement de la priorité sont généraux et applicables à l'ensemble des problématiques. Ils permettent de porter un regard sur la situation globale de la personne. Dans une perspective de services intégrés et complémentaires, le CISSS doit convenir de l'application de ces critères.

Trois niveaux de priorité sont définis :

- Niveau de priorité URGENT : l'intégrité de la sécurité de la personne ou de sa famille est présentement menacée;
- 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.
- 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.

Dans certaines situations, un usager pourrait voir son niveau de priorité changer entre la première évaluation réalisée par le guichet d'accès DP-DI-TSA et le premier service offert (par exemple, un second programme-service serait requis, aggravation de la situation de la personne pendant l'attente, etc.).

Dans ces cas, la consigne à suivre est d'agir selon le véritable besoin de l'usager, tout en effectuant le suivi requis pour le Plan d'accès sur la base du niveau de priorité établi au départ, au moment de la première référence.⁵

Note

Le coordonnateur clinique pourrait modifier le niveau de priorité si son analyse lors du premier contact identifie une situation de compromission sociale.

Informations retrouvées au sein de chaque programme ou service

- 1- Présentation des objectifs et activités du programme
- 2- Critères et diagnostics admissibles au programme
- 3- Documents requis pour la demande interprogrammes
- 4- Particularités de la priorisation au programme
- 5- Autres informations pertinentes

⁵ Cahier d'accompagnement pour l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, juillet 2015

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les cliniques médicales spécialisées comportent deux programmes distincts. Ces programmes sont régionaux et les services sont centralisés à Saint-Hubert.

Cliniques médicales spécialisées

Les cliniques médicales spécialisées offrent les cliniques médicales suivantes :

- Clinique de psychiatrie pour la clientèle adulte ;
- Clinique de spasticité pour les clientèles jeunesse et adulte ;
- Clinique d'orthopédie pour la clientèle jeunesse ;
- Clinique de neuro pédiatrie pour la clientèle jeunesse.

Les activités incluent :

- L'évaluation médicale de la condition de l'utilisateur,
- La(es) recommandation(s) ;
- Le traitement et suivi ;
- Référence(s) au besoin.

Clinique de dysphagie

La clinique de dysphagie a pour mandat de contribuer au développement des habiletés d'alimentation afin d'améliorer la prise des aliments, des liquides et des médicaments. En conformité avec les priorités et la disponibilité de la famille, les professionnels poursuivent les objectifs d'intervention suivants :

- Favoriser une alimentation optimale selon les capacités de l'utilisateur ;
- Favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé en lien avec l'alimentation ;
- Soutenir l'utilisateur et sa famille face au problème de dysphagie et aider ces derniers dans le choix d'un mode d'alimentation optimal pour l'enfant.

Les activités incluent :

- Évaluation disciplinaire (ergothérapie, nutrition avec ou sans pédiatre)
- Clinique en ORL (évaluation de problématique anatomique de la sphère ORL et évaluation de déglutition par endoscopie)
- Réalisation de vidéo fluoroscopie en collaboration avec Hôpital Ste-Justine et Hôpital de Montréal pour enfants
- Clinique dans les écoles spécialisées en Montérégie

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Les cliniques médicales spécialisées

Les cliniques médicales spécialisées offrent des services à une clientèle de tous âges inscrite dans les programmes de réadaptation en déficience physique qui présente une déficience motrice pouvant entraîner, sur le plan moteur et neurologique, des incapacités significatives et persistantes. L'utilisateur qui est dirigé vers le programme nécessite un suivi médical ou une consultation médicale dans le cadre de son épisode de service.

La clinique de dysphagie

La clinique de dysphagie offre des services à une clientèle jeunesse âgée de 18 ans et moins (21 ans si l'utilisateur fréquente une école spécialisée en Montérégie).

L'utilisateur doit présenter ou être susceptible de présenter des incapacités significatives et persistantes en lien avec une déficience motrice, déficience du langage ou suite à une situation traumatique.

De plus, l'utilisateur doit présenter un trouble d'alimentation sévère et complexe qui menace l'intégrité de son état de santé ou compromet son développement et dont l'origine est organique : cardio-respiratoire, neurologique, anatomique, physiologique ou métabolique. La clinique de dysphagie intervient toujours en complémentarité avec le programme d'adaptation/réadaptation et ces interventions s'inscrivent dans le plan d'intervention de l'utilisateur.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Pour les cliniques médicales spécialisées

- Référence du médecin généraliste ou d'un autre médecin spécialiste (prescription).
- Formulaire de demande de référence aux cliniques.
- Rapport de professionnels de la santé lorsque disponible.

Pour la clinique de dysphagie

- Formulaire de « Demande de consultation en clinique de dysphagie / Cueillette d'informations soutenant la demande de consultation »
- Formulaire « Restrictions »
- Rapports médicaux et résultats d'investigation médicale pertinents (histoire de naissance, gastroentérologie, pneumologie, ORL, allergologue, etc.)
- Rapports des professionnels (ergo, ortho) jugés pertinents à la demande

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

La majorité des programmes de réadaptation en déficience physique offrent des cliniques médicales intégrées aux services offerts par les professionnels. Ces cliniques sont planifiées et organisées par chacun des programmes. Ces cliniques permettent une collaboration étroite entre l'équipe de réadaptation traitante et le médecin (physiatre, pédiatre, omnipraticien). Elles sont coordonnées par les programmes et les activités médicales sont décentralisées dans les points de services.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Activités et services offerts :

Attribution, remplacement ou réparation d'une aide de suppléance à l'audition pour l'aide à la transmission de sons, de textes ou d'un contrôle d'environnement répondant aux critères d'un organisme payeur (RAMQ, SAAQ, Anciens combattants, CSST).

Les explications du fonctionnement et de l'installation de l'aide peuvent être faites sur place à St-Hubert, par téléphone ou courriel. Les installations sont réalisées par un installateur à domicile si requis. La livraison est toutefois disponible dans tous les points de service en DP. Les rencontres avec le personnel du CASA à St-Hubert se font sans rendez-vous.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Personne présentant une surdité qui répond aux critères d'attribution d'une aide de suppléance à l'audition (ASA) d'un organisme payeur disponible sur le site internet de la RAMQ.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes (les trois)

- Audiogramme réalisé par un audiologiste et datant de moins d'un an;
- Certificat médical (signé par un ORL) datant de moins d'un an et indiquant que la surdité est permanente ;
- Formulaire 3485 de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), intitulé *Recommandation - aide de suppléance à l'audition*, rempli par l'audiologiste.

On doit pouvoir trouver les informations suivantes sur l'un ou l'autre des documents ci-haut mentionnés :

- Numéro d'assurance maladie de l'utilisateur ainsi que la date d'expiration de la carte
- Adresse de l'utilisateur
- Coordonnées d'une personne-ressource au besoin (par exemple, s'il est difficile de joindre la personne par téléphone).

4- Particularités de la priorisation au programme

Le CASA est un distributeur d'aides de suppléance à l'audition accrédité et autorisé par la RAMQ. Il s'agit d'un programme accessoire qui n'est pas assujéti au plan d'accès.

Les services offerts au programme CASA ne s'inscrivent pas nécessairement dans le cadre d'un épisode de services spécialisés d'adaptation, réadaptation en déficience auditive.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme d'accès aux technologies et aux communications, (PATCom)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Le PATCom vise à pallier les incapacités des personnes présentant des difficultés au niveau de la communication orale et écrite, par le biais de l'utilisation d'aides technologiques.

Le programme offre différentes catégories d'aides technologiques : aides techniques à la communication orale, à la communication écrite, de suppléance à la communication orale, à la téléphonie, d'accès à l'ordinateur et de contrôle de l'environnement.

Dans le cadre du programme ministériel des aides à la communication (PMATCom), le programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom) agit comme répondant régional partiel dans un mandat de recommandation et d'attribution d'aides technologiques.

Les interventions du PATCom sont toujours réalisées en partenariat avec les équipes des services spécifiques ou spécialisées impliquées auprès de l'utilisateur.

Les services sont offerts selon les trois axes suivants :

A. Services à la clientèle inscrite au programme

- Évaluation sur la base des informations cliniques transmises par le référent et en partenariat avec celui-ci ;
- Essais et recommandations d'aides technologiques ;
- Attribution / installation ;
- Enseignement de l'utilisation de l'équipement à l'utilisateur et à ses proches ;
- Suivi des équipements prêtés par le PMATCom pour les utilisateurs dont l'épisode de réadaptation est terminé.

B. Soutien aux partenaires

- Le PATCom répond aux différents besoins de soutien des partenaires, en lien avec les aides technologiques (consultations téléphoniques, formations, etc.).
- Les partenaires ne sont pas uniquement externes. Ce service est offert en interprogrammes.

C. Prêt d'équipement

- Le PATCom offre aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, un service de prêt d'équipement à court terme (trois semaines incluant le transport) pour procéder à des essais avec les utilisateurs.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Ce programme est disponible pour les usagers qui présentent :

1. un diagnostic admissible en DP, pour la clientèle jeunesse et adulte ;
2. un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme si l'utilisateur fréquente une école spécialisée de la Montérégie ou s'il est âgé de moins de 13 ans et suivi par une équipe de réadaptation en DI-TSA ;
3. les personnes présentant un profil de perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ne sont pas admissibles.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Fournir les rapports de professionnels de la santé spécifiant le diagnostic admissible en DP et documentant le fonctionnement actuel (ergothérapeute, orthophoniste) et le résultat des essais réalisés ;

Remplir le formulaire « C01_PATcom_Demande d'informations complémentaires » disponible sur intranet.

4- Particularités de la priorisation du programme

ÉLEVÉ :

- SLA bulbaire – E1 ;
- L'utilisateur vit seul et se trouve en situation de bris de communication presque total – E2 ;
- Intégration sociale (CPE, milieu scolaire ou travail) compromise s'il n'y a pas d'intervention rapide en DP – E3 ;
- Perte d'acquis soudaine et importante en lien avec le diagnostic admissible tel que maladie neuromusculaire, SLA, SEP. Si l'utilisateur vit en CHSLD* – E3.

E1 signifiant une priorité élevée 1, donc un usager présentant ce diagnostic sera priorisé sur tous les autres diagnostics de E2 et E3.

MODÉRÉ : Tous les autres diagnostics.

Note

* L'utilisateur présentant un diagnostic de SLA qui ne vit pas en CHSLD est d'abord orienté vers le programme Maladies Neuromusculaires.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme de conduite automobile et adaptation de véhicules

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Le programme de conduite automobile et adaptation de véhicule s'adresse à l'utilisateur, qu'il soit conducteur ou passager, présentant une déficience motrice et ayant pour objectif de faciliter ses déplacements dans la communauté et d'améliorer son autonomie fonctionnelle. Le programme se décline en deux volets :

Évaluation de la conduite automobile

- Ce volet s'adresse au conducteur ou à l'apprenti-conducteur pour lequel une expertise professionnelle est souhaitée ou requise pour l'évaluation fonctionnelle de ses capacités à conduire un véhicule de promenade de classe 5.

Adaptation de véhicule

- Ce volet s'adresse au conducteur, apprenti-conducteur ou au passager pour lequel une expertise professionnelle est souhaitée ou requise pour l'évaluation des besoins en adaptation de la conduite automobile, l'accès au véhicule et/ou le chargement d'une aide à la mobilité.

Objectifs du programme :

- Rendre la personne le plus autonome possible à se déplacer ou à être déplacée de façon sécuritaire dans un véhicule personnel adapté à ses besoins ;
- Permettre à la personne de conduire un véhicule automobile de promenade adapté à ses besoins ;
- Permettre à une personne d'effectuer ses transferts au véhicule ;
- Permettre à la personne de procéder au chargement de son aide à la mobilité;
- Contribuer à assurer la sécurité routière de tous.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Ces services s'adressent aux personnes de tous âges, passagers et conducteurs d'un véhicule, présentant un diagnostic de déficience physique entraînant des incapacités significatives et persistantes pouvant entraver l'utilisation (accès, conduite, chargement de l'aide à la mobilité) d'un véhicule routier de promenade.

Les diagnostics suivants ne sont pas admissibles :

- Déficience intellectuelle sans déficience physique
- Trouble du spectre de l'autisme
- Psycho gériatrie

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- Remplir le formulaire d'inscription au programme de conduite automobile disponible sur intranet ;
- Si l'utilisateur détient un permis de conduire, fournir une copie du formulaire M-28 complété par le médecin traitant. L'original doit avoir été acheminé au préalable à la SAAQ. Ce document est requis pour que le programme donne le service et l'équipe référente devra s'assurer que l'utilisateur le fournisse ;
- Si l'utilisateur détient un permis de conduire, fournir le formulaire d'autorisation à communiquer avec la SAAQ, signé par l'utilisateur, pour la vérification de la validité de son permis de conduire ;
- Si l'utilisateur est indemnisé par un organisme payeur, fournir la preuve que l'agent d'indemnisation autorise l'évaluation au programme de conduite automobile (incluant les frais du moniteur de conduite).

4- Particularités de la priorisation au programme

ÉLEVÉ : Selon les critères suivants :

Évaluation : intégration sociale compromise s'il n'y a pas une intervention rapide du programme. Le retour au travail est tributaire des résultats de l'évaluation de la conduite automobile.

Adaptation du véhicule : intégration sociale (milieu scolaire ou maintien du lien d'emploi) compromise s'il n'y a pas une intervention rapide du programme : transport adapté non accessible, vol d'un véhicule adapté ou accident de type « perte totale » d'un véhicule adapté.

Il est à noter que la priorité élevée est déterminée suite à l'analyse du dossier par le programme de conduite automobile et d'adaptation des véhicules.

MODÉRÉ : Toutes les autres situations.

5- Autres informations pertinentes

Il à noter que le programme référent a la responsabilité d'informer le programme de conduite automobile de tout changement pour l'utilisateur qui pourrait avoir un impact sur les services offerts par le programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme régional des douleurs chroniques

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Ce programme est offert à la clientèle adulte qui présente une problématique de douleur qui persiste au-delà du délai normal de guérison des tissus ou qui est associée à un désordre chronique. Les services sont offerts sur une base externe.

Les usagers en suivi dans un programme de réadaptation en déficience physique adulte peuvent être orientés vers le programme de douleurs chroniques lorsque l'objectif poursuivi est une auto-prise en charge d'une douleur chronique.

Les interventions de ce programme visent à réduire l'impact de la douleur sur le fonctionnement global des usagers par une auto-prise en charge de la douleur. Les activités proposées ont pour objectifs de permettre à l'utilisateur :

- De connaître le phénomène douloureux, les facteurs contributifs et ses conséquences fonctionnelles ;
- D'apprendre à composer avec la douleur ;
- D'intégrer et de maintenir la pratique régulière d'activités physiques dans son mode de vie ;
- De s'approprier et d'intégrer les stratégies de gestion de la douleur dans son quotidien.

Différentes modalités de groupe sont offertes sous forme d'enseignement portant sur la physiologie et la gestion de la douleur, la physiologie de l'exercice, l'hygiène posturale, la gestion de l'énergie, du stress, du sommeil et des médicaments.

Tous les usagers doivent participer à un programme de groupe de réactivation physique et exceptionnellement des interventions individuelles peuvent être offertes pour une problématique précise ou pour une intégration plus personnalisée des stratégies.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Être âgé de 18 ans et plus⁶ ;
- Présenter des douleurs chroniques depuis plus de 12 mois, entraînant des incapacités significatives dans la réalisation des habitudes de vie, en lien avec un diagnostic du tableau suivant ;
- Avoir atteint un plateau après au moins trois mois d'interventions régulières en première ligne ;
- Avoir un médecin traitant ;
- **Pour les maux de dos chroniques (lombalgie, dorsalgie):** nécessiter des services spécialisés en lien avec l'intégration au travail

⁶ Toutefois, un usager de 16 ans et plus pouvant intégrer le groupe d'intervention des adultes peut être admissible.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Diagnostics admissibles en ajout ou transfert de programme

Pour les ajouts ou transfert de programme : des incapacités significatives et persistantes en lien avec un des diagnostics suivants :

- Algodystrophie, dystrophie réflexe ;
- Polyarthrite rhumatoïde et autres polyarthrites ;
- Douleur du membre fantôme post amputation ;
- Spondylite ankylosante ;
- Syndrome douloureux persistant depuis plus d'un an suite à une blessure orthopédique grave (BOG) ;
- Encéphalomyélite myalgique chronique.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Rapport d'un professionnel de la santé spécifiant le diagnostic et documentant le fonctionnement actuel, le fait que des interventions d'au moins 3 mois par un intervenant des services spécifiques (incluant le privé) aient été tentées.

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Les incapacités significatives et persistantes sont en lien avec un des diagnostics suivants pour les demandes de services externes :

- Encéphalomyélite myalgique chronique ;
- Fibromyalgie ;
- Maux de dos chroniques (lombalgie, dorsalgie) ;
- Syndrome douloureux persistant depuis plus d'un an suite à une entorse ou une blessure musculaire.

L'utilisateur dont la référence est externe au programme de réadaptation en déficience physique doit présenter des douleurs chroniques depuis plus de 12 mois et avoir atteint un plateau après au moins trois mois d'interventions régulières en services spécifiques.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme régional des maladies neuromusculaires

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les services sont offerts sur une base externe. Ces maladies varient selon des caractéristiques telles que le mode de transmission, les symptômes, l'âge d'apparition, l'évolution et le pronostic. Dans ce programme, on retrouve par exemple les différents types de dystrophies musculaires, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, etc.

Favoriser le développement et le maintien des habiletés permettant la réalisation des habitudes de vie et une participation sociale optimale.

- Évaluer, recommander et enseigner des stratégies compensatoires ou d'utilisation d'aides techniques et technologiques afin de s'assurer que la personne puisse réaliser ses activités de la vie quotidienne de façon sécuritaire et maintenir une participation sociale optimale ;
- Sensibiliser, outiller (former) et soutenir l'entourage (familial, scolaire, professionnel ou social) dans les stratégies à adopter pour compenser l'impact de la déficience physique et favoriser l'autonomie ;
- Dépister les conducteurs de véhicules automobiles à risque et identifier les démarches à privilégier (conduite automobile, besoins d'adaptation de véhicule) ;
- Évaluer les besoins et recommander l'adaptation du domicile (référence si nécessaire) et les aides techniques requises, au besoin ;

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Personnes âgées de 0 à 100 ans présentant une maladie dégénérative pouvant entraîner, sur les plans moteur et neurologique, des incapacités significatives et persistantes entravant la réalisation des habitudes de vie et à risque de restreindre la participation sociale.
- Personnes présentant un diagnostic de maladies évolutives sur plusieurs années.

Exemples de diagnostics admissibles :

- Amyotrophie spinale
- Ataxie cérébelleuse
- Charcot Marie-Tooth
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique
- Parkinson
- Dystrophies musculaires
- Etc.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Rapport médical confirmant le diagnostic, et/ou un rapport d'un professionnel de la santé, selon les problématiques (se référer au coordonnateur clinique). Pour une réactivation, la personne doit présenter un changement de condition en lien avec son diagnostic admissible et ce changement doit engendrer un impact fonctionnel.

Pour le diagnostic de Parkinson : rapport d'un professionnel de la santé spécifiant le diagnostic, le stade de la maladie et documentant le fonctionnement actuel.

4- Particularités de la priorisation au programme

Élevé :

- Enfant âgé de moins de 6 ans
- Présenter une perte d'acquis soudaine et importante en lien avec le diagnostic admissible
- Diagnostic récent (dans les 3 derniers mois)
- Si compromission sociale scolaire ou socio-professionnelle. Un risque d'échec scolaire n'est pas un motif de priorisation.
- Toute clientèle SLA

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme régional en déficience auditive 0-100 ans

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Ces services s'adressent aux enfants, aux adolescents, aux adultes et aux aînés qui présentent, sur le plan de l'acuité et de la discrimination auditive, des incapacités significatives et persistantes susceptibles d'entraver le développement du langage et de limiter la capacité de communiquer avec autrui. Conséquemment, ces incapacités peuvent restreindre leur degré de participation sociale et d'intégration socio-professionnelle.

Ces personnes peuvent être sourdes ou malentendantes, de naissance ou non, des conséquences d'une maladie, d'un accident, d'une exposition prolongée aux bruits ou du processus de vieillissement.

Elles peuvent communiquer par la parole, par les signes (LSQ, gestes naturels, etc.) ou en combinant plusieurs modalités (exemples : paroles avec signes, paroles avec LPC), présenter des acouphènes persistants et dérangeants, ou encore une intolérance marquée à des sons.

Les services d'adaptation, réadaptation, d'intégration sociale et socio-professionnelle ont comme objectifs de :

- Assurer le développement optimal des habiletés auditives et de la communication;
- Faciliter l'adaptation de la personne et de ses proches à sa condition auditive et aux changements qui peuvent l'affecter ;
- Appuyer les parents dans le choix d'un mode de communication ;
- Améliorer les habiletés et les stratégies de communication, favoriser le développement ou le maintien d'une communication fonctionnelle et satisfaisante ;
- Diminuer le dérangement causé par les acouphènes ;
- Augmenter progressivement la tolérance aux sons ;
- Améliorer et maintenir l'autonomie et la sécurité de la personne, notamment à domicile ;
- Soutenir l'intégration sociale par la réalisation de ses habitudes de vie à domicile, en milieu de garde, à l'école, au travail, dans les loisirs et dans la communauté ;
- Développer ou maintenir le potentiel d'employabilité ou d'intégration socio-professionnelle ;

Autres activités spécifiques :

- Des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) sont offerts dans le cadre du programme national d'implant cochléaire ;
- Des services de couplage MF sont offerts aux partenaires du milieu scolaire primaire et secondaire ;
- Les services peuvent être offerts en individuel ou en groupe et sont offerts en français, en anglais, selon les ressources disponibles, ou en LSQ ;
- Équipe régionale est basée à Saint-Hubert mais se déplace sur plusieurs sites du territoire de la Montérégie (St-Jean, Valleyfield, Châteauguay, Granby et St-Hyacinthe).

Les évaluations audiolinguistiques sont disponibles uniquement pour les clients en suivi en audiologie, certaines clientèles cibles telles que des personnes ayant reçu un implant cochléaire, un Baha ou les enfants ayant de multiples déficiences.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Le diagnostic doit être émis dans les 30 derniers mois, par un ORL ou un audiologiste, avec un audiogramme à l'appui, administré par un audiologiste dans toutes les situations suivantes :

- Usager de moins de 18 ans ;
- Étudiant ou travailleur de 19 ans et plus pour l'obtention d'un deuxième appareil auditif ;
- Usager âgé 65 ans et plus ;
- Tous les usagers présentant une deuxième déficience associée à la déficience auditive.

L'atteinte peut être unilatérale ou bilatérale, mais doit être significative et persistante.

La personne adulte présentant une déficience auditive depuis plusieurs années peut nécessiter une intervention spécialisée en réadaptation physique si elle présente un changement dans sa condition. Le rapport d'un professionnel de la santé documentant le fonctionnement actuel de la personne est alors requis.

Diagnostics admissibles :

- Surdité ;
- Surdité professionnelle ;
- Acouphènes ;
- Intolérance aux sons / hyperacousie ;
- Acouphène (l'audiogramme est requis) ;
- Anacousie ;
- Hypoacousie ;
- Hyperacousie (non associée à un TSA) ;
- Perte auditive ;
- Perte ou baisse d'acuité auditive ;
- Presbyacousie ;
- Surdité neurosensorielle ;
- Surdité conductive permanente ;
- Surdité mixte ;
- Intolérance aux sons / hyperacousie (non associée à un TSA) ;
- Trouble de traitement auditif (TTA). Ce diagnostic ne peut être posé qu'à partir de l'âge de 6 ans. (Autres appellations : Troubles auditifs centraux (TAC) / Hypothèse de TTA / Problème de traitement auditif / Problème d'audition centrale).

Notes pour le diagnostic du TTA

- Le diagnostic de TTA peut être invalidé si l'usager présente un TSA ou une déficience intellectuelle.
- Lorsqu'un usager présente plusieurs diagnostics, ses difficultés auditives ne doivent pas être attribuées aux autres diagnostics. Par exemple : trouble du langage, déficit de l'attention, dyslexie. Le TTA est souvent associé à d'autres troubles qui doivent être document s en demandant les rapports complémentaires.
- Une hypothèse de TTA nécessite une analyse plus poussée et peut parfois être considérée comme un cas d'admissibilité litigieuse.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Rapport d'évaluation diagnostique d'un ORL ou audiologiste datant de moins de trente mois et accompagné d'un audiogramme.

4- Particularités de la priorisation au programme

- Si compromission sociale ou socio-professionnelle (un risque d'échec scolaire n'est pas un motif de priorisation).
- En cas d'une RFI (implant)
- Pour les enfants de moins de 6 ans

5- Autres informations pertinentes

Pour un soutien à la collectivité visant à identifier et diminuer les obstacles environnementaux et physiques qui entravent la participation sociale des personnes ayant une déficience auditive, la demande doit être acheminée au programme de soutien à la communauté.

Les usagers anglophones qui présentent une DA et dont le mode de communication est gestuel (American Signed Language : ASL) doivent être référés au CRDP Lethbridge-Layton-Mackay à Montréal.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) clientèle 7 ans et plus

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les interventions visent principalement à :

- Favoriser le développement ou la récupération des capacités permettant la réalisation des habitudes de vie et d'une participation sociale optimale ;
- Faciliter l'adaptation de l'utilisateur et de ses proches à la situation durant l'épisode de réadaptation ;
- Soutenir l'intégration ou la réintégration sociale de l'utilisateur ;
- Favoriser la transition de l'école vers la vie active ;
- Favoriser l'autonomie et la sécurité de l'utilisateur dans ses déplacements ;
- Permettre l'apprentissage de stratégies compensatoires ou l'utilisation optimale d'aides techniques ou technologiques pour compenser les incapacités langagières ou motrices ;
- Sensibiliser, former et soutenir l'entourage (familial, scolaire, professionnel ou social) dans les stratégies à adopter pour compenser l'impact de la déficience physique.
- Pour la clientèle avec agent payeur seulement : évaluation des besoins et recommandation d'adaptation du domicile (référence si nécessaire) et évaluation de mesures de protection en cas d'invalidité ;

Ces services peuvent se donner sur une base individuelle ou de groupe. Les offres de groupe varient d'un site à l'autre.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Ces services s'adressent à la clientèle âgée de 7 ans et plus (jeunes, adultes et aînés) qui présente une déficience motrice ou langagière occasionnant des incapacités significatives et persistantes qui viennent les limiter dans leurs habitudes de vie et les restreindre dans leur degré de participation sociale.

Ce type de déficience peut entraîner des atteintes significatives et persistantes sur le plan moteur; soit des atteintes neuro-musculo-squelettiques, neuro-sensori-motrices ou musculo-squelettiques. Elle peut être d'origine anténatale, néonatale ou acquise.

Voici quelques exemples de diagnostics admissibles

- Atteinte du plexus brachial
- Déficits moteurs cérébraux
- Trouble de la coordination (TDC)
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Lésions musculo-squelettiques
- Traumatisme crânien cérébral
- Accidents vasculaire cérébral
- Blessure médullaire
- Myélopathies
- Bégaiement, Etc.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Rapport médical confirmant le diagnostic, et/ou un rapport d'un professionnel de la santé, selon les problématiques (se référer au coordonnateur clinique). Si la problématique en est une acquise et non contemporaine, il doit y avoir un changement de condition pour être admissible.

4- Particularités de la priorisation au programme

ÉLEVÉ :

Tout trauma contemporain, BM, BOG, TCCMG, TCCL ou atteinte neurologique récente (ex : AVC, résection de tumeur cérébrale).

MODÉRÉ :

TDC, bégaiement, DM 7-17, toute demande de service pour un trauma non contemporain.

5- Autres informations pertinentes

Les usagers ayant une maladie dégénérative et des douleurs chroniques sont orientés vers le programme spécialisé régional de ce nom.

L'offre de services liée à la clientèle avec un TCCL est centralisée dans trois sites de dessertes des équipes DM-DL 7+, soit :

- l'équipe de Châteauguay (TA 18+ Chat),
- les équipes de St-Hubert (TA 18+ Centre et TA 18+ Lon-Bou)
- l'équipe de St-Hyacinthe (TA 18 + Hya-Sor).

Les adultes présentant un trauma ou avec un profil travailleur de la région du CIUSSS Estrie (secteur Haute-Yamaska) sont dirigés vers l'équipe DM-DL 7+ de St-Hyacinthe.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé DI 7 ans et plus

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Le but du programme est d'accroître la participation sociale et d'améliorer le fonctionnement de la personne présentant une déficience intellectuelle légère (DIL) ou une déficience intellectuelle moyenne (DIM) en diminuant sa situation de handicap.

- Services s'adressant aux enfants âgés de 7 ans et plus, aux adolescents et adultes qui présentent une DIL-DIM ainsi qu'à leur famille, aux proches et aux partenaires.
- Services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches.

Dans une optique de services spécialisés, les objectifs du programme permettront de répondre à des situations où les besoins d'adaptation et de réadaptation de la personne nécessitent une expertise spécialisée pour :

- Reconnaître ses capacités et ses limites;
- Comprendre comment les différentes caractéristiques influencent ses habitudes de vie;
- Développer ses habiletés sociales;
- Développer son jugement social et moral;
- Adapter son environnement physique et social pour répondre à ses besoins;
- Développer ses capacités et aptitudes, tant sur le plan cognitif que sur les plans motivationnel, affectif et adaptatif lui permettant d'améliorer son autodétermination.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Être âgé de 7 ans et plus;
- Avoir reçu un diagnostic de DIL, DIM (une personne âgée de 7 ans et plus et présentant un dx de RGD pourra être desservie dans l'attente de la confirmation d'un diagnostic de déficience intellectuelle dans la mesure où une démarche d'évaluation est en cours).

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Derniers rapports au dossier, ainsi qu'une description de la situation d'handicap menant à la demande de service dans le programme DIL-DIM.

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Clientèle MDA hébergée ; Équipes sous la coordination du Programme DIL-DIM

1- Présentation des objectifs et activités du programme

- Procéder et contribuer à toutes les activités cliniques du cadre de référence RI-RTF.
- Analyser les besoins de participation sociale de l'utilisateur.
- Évaluer et/ou réviser les besoins et le PI-PSI de l'utilisateur.
- Mise en œuvre du PI/PSI de l'utilisateur.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Clientèle adulte hébergée, peu importe le diagnostic (DI-TSA-DP), considérée en maintien des acquis (MDA) :

- L'état de la personne est jugé stable (prévisibilité de l'état de la personne (médical, comportemental) et sphères de sa vie bien documentées pour démontrer la stabilité (période d'au moins trois mois de stabilité avant transfert en MDA).
- Le fonctionnement de la personne est connu et les adaptations requises sont identifiées et transférables dans un milieu de vie.
- L'utilisateur nécessite un soutien non spécialisé qui permettra de maintenir sa qualité de vie.
- Les besoins sont axés sur le maintien des acquis en ce qui a trait aux aspects physiologiques, à la sécurité, à l'appartenance, à l'estime et l'affirmation de soi.

Les critères ci-dessus sont maintenus malgré un estompage de l'intervention aux 6 à 12 semaines.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Pour la clientèle MDA hébergée :

- Outil d'aide à la décision (à venir)
- Instrument de classification à jour
- Mesure de protection et ou contrôle à jour
- Rapport sommaire révisé / rapport d'analyse complété

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Prendre note qu'un usager hébergé ne peut être admis dans le sous-programme MDA dans le cadre d'un premier service. Les usagers hébergés MDA sont admis uniquement dans le cadre des transferts interprogrammes. Si demande d'hébergement pour un usager dans le cadre d'un premier service, celui-ci est d'abord admis dans le programme spécialisé correspondant à ses besoins (DI 7+, TSA, DIS-DIP-DMS, TC-TGC). Le transfert vers le sous-programme MDA peut être effectué lorsque l'utilisateur hébergé répond aux critères d'admissibilité énumérés ci-haut.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL clientèle 0-6 ans

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les services sont offerts à des usagers enfants âgés entre 0 et 6 ans, afin de favoriser le développement optimal de l'enfant et l'adaptation mutuelle entre lui, sa famille et ses milieux de vie dans le but d'encourager sa participation sociale. Les enfants qui intègrent ce programme font l'objet d'interventions spécialisées en fonction des besoins et des habitudes de vie perturbées, visant des apprentissages sur les plans du langage et de la communication, des interactions et des habiletés sociales, du jeu, des capacités cognitives, motrices et préscolaires, de l'autonomie fonctionnelle et de la gestion des émotions.

Les services sont offerts sous diverses formes en fonction des besoins des différentes clientèles :

- Ateliers de formation aux parents ;
- Intervention directe individuelle par le biais de divers professionnels ;
- Programme d'intervention comportementale intensive (quinze à vingt heures par semaine d'intervention) ;
- Interventions de groupe ;
- Soutien à la famille ;
- Soutien à l'intégration communautaire, en milieu de garde et scolaire.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Enfants, de la naissance à 6 ans et qui présentent un des diagnostics suivants :

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Hypothèse TSA (H-TSA)
- Retard global de développement (RGD)
- Déficience intellectuelle (DI)
- Déficience langagière (DL) :
 - Retard sévère de développement du langage au plan réceptif et/ou expressif
 - Hypothèse ou trouble développemental du langage (dysphasie, trouble primaire du langage)
 - Hypothèse ou diagnostic de dysphasie
 - Hypothèse ou diagnostic de dyspraxie verbale
 - Bégaiement
- Déficience motrice (DM) :
 - Atteinte du plexus brachial
 - Déficits moteurs cérébraux
 - Trouble développemental de la coordination (trouble d'acquisition de la coordination, dyspraxie motrice)
 - Lésions musculosquelettiques
 - Retard de développement moteur
 - Etc.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Aucun document requis pour la demande interprogrammes.

4- Particularités de la priorisation au programme

ÉLEVÉ :

- Déficience langagière : tous les enfants âgés de moins de 6 ans (sauf les cas de bégaiement)
- Trouble du spectre de l'autisme : Tous les enfants âgés de moins de 5 ans
- Intégration sociale (CPE, milieu scolaire) compromise s'il n'y a pas une intervention rapide

MODÉRÉ :

- Toutes les autres situations

5- Autres informations pertinentes

Les usagers ayant un diagnostic de maladie dégénérative sont orientés vers le programme spécialisé régional de ce nom.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé intégration au travail (PSIT)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Intégrer la personne dans un milieu de travail, rémunéré ou non, en accord avec ses goûts, forces et capacités, tout en l'aidant à consolider son autonomie afin de répondre aux exigences.

- Approche du milieu de travail ;
- Intégration de la personne ;
- Révision, soutien ponctuel et estompage ;
- Préparation de la transition et fin de l'épisode de service.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Être âgé de 16 ans et plus et présenter un diagnostic de déficience intellectuelle ou un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme ;
- Avoir de l'intérêt et la motivation personnelle à occuper un travail, rémunéré ou bénévole ;
- Être disposé à assumer les responsabilités liées à un travail ;
- Être disponible à s'adapter et à intégrer un travail ;
- Être dans la dernière année d'études.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Les documents suivants sont requis :

- Demande d'accès-programme spécialisé d'intégration au travail (document disponible sur intranet).
- Dernier rapport au dossier

4- Particularités de la priorisation au programme

Le programme spécialisé d'intégration au travail est un programme d'adaptation/réadaptation qui s'inscrit dans une démarche clinique et se prépare avec les intervenants impliqués dans le cadre du plan d'intervention. Mis à part lorsque l'utilisateur est à risque de perdre son milieu et qu'une intervention rapide pour la mise en place du programme d'intégration au travail s'avère nécessaire, le niveau de priorité ne devrait pas être élevé.

5- Autres informations pertinentes

Critères d'exclusion

- Désirer faire des activités occupationnelles, mais ne pas souhaiter occuper un travail avec les responsabilités qui en incombent ;
- Présenter des troubles du comportement pouvant compromettre une intégration.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé intégration scolaire et communautaire DIS-DIP-DMS

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Le but du programme est

- d'optimiser la participation sociale des personnes présentant une DIS, DIP ou DMS avec ou sans déficience associée en offrant les soins et les services professionnels adaptés aux différents besoins de ces personnes;
- de soutenir la personne et ses proches dans la mise en œuvre des services spécifiques à sa condition, en termes d'assistance continue, d'adaptation technique pour suppléer aux déficits et incapacités, d'aménagement ergonomique pour accroître l'autonomie ainsi que d'adaptation des lieux pour faciliter l'accès à la communauté.

Services offerts en réadaptation :

- Évaluation des besoins de l'utilisateur, de ses capacités et limites ;
- Interventions visant à maximiser les capacités physiques, motrices, comportementales, ainsi que les capacités de communication de l'utilisateur ;
- Soutien aux proches quant à l'intervention à privilégier pour maximiser le potentiel;
- Soutien à l'intégration en milieu résidentiel substitut.

Services offerts en adaptation :

- Faciliter l'adaptation de l'utilisateur et ses proches aux situations de handicap engendrées par les incapacités permanentes ;
- Favoriser son intégration scolaire et le développement de ses apprentissages par différentes stratégies et adaptations notamment au niveau de son environnement ;
- Permettre l'apprentissage de stratégies compensatoires ou l'utilisation d'aide technique ou technologique pour compenser les incapacités ;
- Recommandations et enseignements des stratégies compensatoires ou utilisation des aides techniques ;

Service offert pour intégration et la participation sociale :

- Soutenir l'utilisateur dans son intégration scolaire, sa participation à des activités de loisirs, des organismes communautaires, des milieux de garde ;
- Participation active dans le cadre de la transition de l'école à la vie active.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Être âgé de 7 ans et plus (incluant les enfants fréquentant une école spécialisée dès l'âge de 5 ans);
- Diagnostic de déficience intellectuelle sévères (DIS), déficience intellectuelle profonde (DIP) ; avoir un profil présentant des déficits sévères et complexes au niveau des comportements adaptatifs – sensoriel / moteur / cognitif / communicatif / social ;
- Peut aussi présenter des incapacités motrices et sensorielles persistantes et graves ;
- Les diagnostics suivants peuvent s'ajouter au diagnostic DIS-DIP : TSA, DM.

Clientèle moins de 7 ans :

- Doit fréquenter une école spécialisée
- Retard global de développement (RGD)
- Les diagnostics suivants peuvent s'ajouter au diagnostic DIS-DIP : TSA, DM.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- Bilan ou rapport faisant état des services offerts, la situation d'handicap menant à la référence doit être précisée

4- Particularités de la priorisation au programme

- Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Pour la clientèle adulte (21 ans et plus), l'équipe bénéficie de la possibilité d'interventions en installation multiprogrammes adaptées aux besoins des usagers (Centres d'activités). Ces milieux permettent le déploiement de programmations qui proposent des interventions spécialisées de réadaptation afin de favoriser l'intégration et la participation sociale de la clientèle.

Pour avoir accès à un Centre d'activité, se référer à la procédure spécifique disponible sur intranet.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé logement à soutien gradué (PLSG)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Objectif général :

- Permettre à l'utilisateur de développer une autonomie optimale afin de vivre de façon autonome dans un logement en recevant l'intensité de services adaptés à ses besoins.

Objectifs spécifiques :

- Évaluer le fonctionnement de l'utilisateur dans l'apprentissage en lien avec les compétences à développer pour la vie en logement.
- Accompagner et soutenir l'utilisateur dans l'apprentissage de son autonomie fonctionnelle en lien avec la vie en appartement.
- Développer un réseau de soutien autour de l'utilisateur qui permettra d'assurer sa sécurité et le maintien des acquis.
- Estomper de façon graduelle l'intervention et le transfert du suivi de l'utilisateur.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) qui :

- Démonstre de la motivation par rapport à son projet personnel qui est de vivre de manière autonome en logement ;
- S'engage à recevoir les services d'un éducateur du programme en fonction des apprentissages à réaliser ;
- Possède certains préalables en lien avec la sécurité : est capable de communiquer et d'utiliser les services d'aide d'urgence à l'aide d'un téléphone, de rester seul dans un logement et de gérer sa médication de façon autonome.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- Demande d'accès-programme spécialisé de logement à soutien gradué (document disponible sur intranet).
- Dernier rapport au dossier

4- Particularités de la priorisation au programme

Le programme de logement à soutien gradué est un programme de réadaptation et n'est pas une solution à un besoin d'hébergement urgent. Toutefois, certaines situations particulières peuvent être évaluées.

5- Autres informations pertinentes :

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé Nexus

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Le programme Nexus :

- Est utilisé auprès de jeunes ayant des comportements antisociaux (certains peuvent être judiciairisés ou être suivis par la protection de la jeunesse). Les jeunes reçoivent majoritairement les services dans leur famille naturelle, mais certains en sont retirés et sont en ressource d'hébergement.
- Est basé sur la théorie de l'apprentissage social et l'approche positive. L'accent est mis sur l'enseignement d'habiletés prosociales et la réduction des comportements antisociaux chez le jeune par l'application de stratégies cognitivo-comportementales et sur un grand usage du renforcement positif.
- Implique des interventions en situation réelle afin de favoriser un meilleur apprentissage et la généralisation. Le traitement est coordonné dans tous les milieux fréquentés par le jeune et son intensité est graduée en fonction des besoins du jeune.
- Prévient l'aggravation des comportements antisociaux ou d'en réduire la fréquence et l'intensité.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Accroître la supervision des allées et venues du jeune dans son milieu de vie ;
- Instaurer une discipline juste et constante en établissant des règles et des limites claires ;
- Établir une relation entre le jeune et au moins un adulte « allié » ;
- Augmenter considérablement le renforcement positif ;
- Séparer le jeune des pairs déviants ;
- Favoriser la réussite scolaire chez le jeune.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Clientèle âgée de 7 à 21 ans qui présente un TSA

Les diagnostics pouvant être associés sont :

- DIL
- Trouble des conduites
- Trouble oppositionnel avec provocation

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

- Trouble du déficit de l'attention (le TDAH ne conduit pas nécessairement à un profil antisocial. Beaucoup de nos usagers ont ce diagnostic sans avoir de comportement d'opposition ou de conduites délibérées et intentionnelles).
- Trouble réactionnel de l'attachement/trouble de la personnalité
- Trouble anxieux
- Trouble de l'humeur
- L'analyse clinique suggère la présence d'un profil de conduites répétées, délibérées, planifiées et ciblées dans lesquelles les règles établies sont fréquemment brisées.
- L'utilisateur manifeste plusieurs des comportements suivants :
 - Opposition marquée face à l'autorité, aux règles établies
 - Argumentation fréquente
 - Crises de colère
 - Provocation (ex. : tester les limites)
 - Intimidation
 - Menaces et violence dans le but d'obtenir un gain
 - Mensonges délibérés pour obtenir un gain ou éviter quelque chose
 - Fréquentation de pairs à profils délinquants
 - Absentéisme scolaire
 - Fugues ou sorties non permises
 - Abus de substances
 - Vols, vandalisme dans le but de détruire et autres délits
 - Méfaits et/ou voies de fait
 - Agressions envers les personnes et les animaux
 - Délinquance
 - Comportements menant à la judiciarisation
- Pour les plus jeunes, les adultes peuvent rapporter qu'il est impossible de les laisser seuls quelques minutes sans quoi il va y avoir un conflit avec la fratrie ou les pairs. Ce sont des jeunes avec qui les interventions de base sont mises en place (ex. : routine, système de renforcement, conséquence constante et prévisible, etc.), mais donnent peu ou pas de résultats. Ils peuvent avoir tendance à argumenter à une fréquence élevée et peuvent faire des crises de colère.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Critères d'exclusion

- La personne présente une déficience intellectuelle modérée, sévère ou profonde.
- La personne est aux prises avec un problème de toxicomanie sévère (Feu rouge au DEP-Ado) et ne démontre aucune motivation à suivre une thérapie à cet égard. Le problème de consommation devient l'enjeu principal.
- La personne a développé un trouble des conduites sévères nécessitant un environnement hautement sécuritaire, dans un milieu fermé et comprenant la présence d'une équipe d'intervention en situation d'urgence (encadrement intensif).
- La personne développe des besoins sur le plan de la santé physique nécessitant un soutien médical important ou régulier (rendant nos interventions impossibles).
- Pathologies avec bris de contact avec la réalité.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- CDS (Conduct Disorder Scale) doit être complété (document disponible sur intranet).
- DEP ADO (Grille de dépistage de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes) si requis (document disponible sur intranet).

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente pour ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé TC-TGC

1- Présentation des objectifs et activités du programme

1) Service à l'utilisateur

- Évaluer et intervenir auprès de la personne en respectant les processus cliniques reconnus (analyse et intervention multimodales (AIMM), évaluation fonctionnelle du comportement, analyse appliquée du comportement) ;
- Intervenir en prévention active afin d'éviter les situations d'escalade comportementale et d'intervention en situation de crise ;
- Offrir au besoin un service d'hébergement transitoire en résidence à assistance continue (RAC) pour la clientèle présentant un TC ou un TGC afin de stabiliser les comportements. Les résidences à assistance continue font partie du continuum TC-TGC ;
- Enseigner de nouvelles habiletés adaptatives ayant pour objectif de développer l'autonomie et l'autodétermination de la personne ;
- Maintenir ou restaurer les liens significatifs de l'utilisateur ainsi que sa participation sociale ;
- Diminuer les manifestations comportementales et les gérer à travers les différents environnements de la personne, en s'appuyant sur des standards de pratique reconnus basés sur une philosophie de prévention et de traitement en adaptation et réadaptation ;
- Élaborer le plan d'intervention comportemental et en assurer le suivi selon un échéancier rigoureux ;
- Concevoir des plans de transition en s'assurant que les interventions et les aménagements préventifs soient transposés et/ou adaptés au nouveau milieu.

2) Support aux programmes spécialisés

- Intervenir en prévention active afin d'éviter les situations d'escalade comportementale et d'intervention en situation de crise ;
- Soutenir par l'adaptation physique et/ou humaine de l'entourage de l'utilisateur dans toutes les sphères de sa vie pour réduire les manifestations des TC/TGC
- Offrir une intensité de services pouvant aller jusqu'à plusieurs heures par semaine (y compris la fin de semaine si requis) sur une période déterminée en fonction des besoins de l'utilisateur avec des critères de fin de service bien établis par une équipe de professionnels qui détiennent une expertise terrain, spécialisée en coaching aux programmes.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Ces services s'adressent aux personnes de tous âges présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme et qui présentent un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement.

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- Le professionnel référent rédige un rapport d'évaluation psychoéducatif qui détaille l'analyse des facteurs en cause dans l'épisode TC-TGC et qui inclut ;
 - les résultats de l'EGCP-II-R (complété depuis moins d'un an)⁷ pour les usagers présentant une DI et /ou un TSA, âgés de 7 ans et plus ou les résultats de l'ODIS⁸ pour les usagers présentant un DI et/ou un TSA âgés de 6 ans et moins (document disponible sur intranet).
 - l'indicateur de TC ou TGC attribué suite à la discussion clinique.

4- Particularités de la priorisation au programme

Service à l'utilisateur :

URGENT :

- Usager ayant reçu un descripteur TC-TGC ET l'analyse des impacts démontrent ou permettent d'anticiper des conséquences graves à court terme (3 mois) pour lui-même ou son entourage, si la situation n'est pas stabilisée rapidement;

ET

- L'analyse du dossier démontre que les aménagements préventifs et/ou les interventions au plan de prévention actives de l'escalade ne s'avèrent pas efficaces actuellement afin d'atténuer les impacts à court terme.
- Il semble juste de croire qu'une intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC et TGC aura un impact bénéfique sur les manifestations comportementales

ÉLEVÉ :

- Usager ayant un descripteur TC TGC stabilisé, accompagné de vulnérabilités importantes OU TGC en rémission ET nécessitant une intervention intensive afin d'effectuer/consolider les apprentissages nécessaires à la réadaptation/traitement des causes.

⁷ L'EGCP-II-R est un document qui est commandé auprès du SQETGC et qui peut être disponible via les agentes de la coordination TC-TGC

⁸ L'ODIS est un outil de détermination de l'intensité de services, Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

ET

- L'analyse du dossier démontre que les aménagements préventifs et les interventions au plan de prévention actives de l'escalade s'avèrent efficaces actuellement afin d'atténuer les impacts et peuvent être maintenus à long terme.
- Suite à l'analyse du dossier, il semble juste de croire qu'une intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC TGC soit requise afin d'arriver à effectuer les apprentissages nécessaires à un plan de réadaptation.

MODÉRÉ

- Tous les autres dossiers

NOUS AVONS ÉGALEMENT PRÉVU UNE PRIORISATION POUR LES MODALITÉS DE SUPPORT

Priorité 1

- Usager ayant un descripteur TGC OU TC pour qui, suite à l'analyse du dossier, une intervention intensive spécialisée en DI, TSA, TC TGC ne semble pas justifiée parce que :
 - L'analyse effectuée semble démontrer, de façon prioritaire, des besoins en lien avec une autre expertise (ex. toxicomanie, habiletés parentales, soutien psycho social, thérapie, service ressource, ...)
 - Il semble juste de croire que l'expertise du programme TC TGC soit requise afin de soutenir l'équipe dans l'analyse de la situation et l'identification des enlignements cliniques prioritaires afin d'arriver à stabiliser la situation et éviter l'aggravation des impacts à moyen, long terme.

Priorité 2

- Usager ayant un descripteur TGC stabilisé accompagné de vulnérabilités importantes OU TGC en rémission NE NÉCESSITANT PAS une intervention intensive MAIS pour qui l'équipe clinique nécessite un transfert de connaissances afin d'identifier et d'actualiser les apprentissages nécessaires à la réadaptation/traitement des causes.

ET

- Il semble juste de croire que l'expertise du programme TC TGC est requise afin de soutenir l'équipe dans l'élaboration du plan de réadaptation / traitement et/ou dans l'apprentissage des techniques et stratégies nécessaires.

5- Autres informations pertinentes

Les usagers nécessitant un service d'hébergement en Résidence à assistance continue (RAC) pour un épisode de service seront référés conformément à une procédure spécifique – à venir.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé TSA 7 ans et plus

1- Présentation des objectifs et activités du programme

- Développer les capacités de la personne dans un épisode de services de nature spécialisée afin de faciliter la réalisation des habitudes de vie qui correspondent à son projet personnel;
- Permettre l'apprentissage de stratégies compensatoires ou l'utilisation optimale d'aides techniques ou technologiques pour compenser les incapacités résiduelles ;
- Adapter les différents environnements de la personne en augmentant les facilitateurs et facteurs de protection ainsi qu'en diminuant ou en éliminant les obstacles et facteurs de risque ;
- Favoriser la généralisation des acquis et l'utilisation des aptitudes dans la vie quotidienne pour développer la capacité d'autodétermination et d'autonomie de la personne.

SERVICES INDIVIDUELS :

Services offerts en adaptation :

- Évaluation des besoins de l'utilisateur, de ses capacités et de ses limites ;
- Interventions visant à maximiser les capacités motrices, langagières, relationnelles, comportementales et communicationnelles de l'utilisateur, d'autonomie professionnelle et résidentielle ;
- Soutien aux proches quant à l'intervention à privilégier pour maximiser le potentiel ;
- Soutien à l'intégration en milieu résidentiel substitut.
- Recadrage du diagnostic

Services offerts en réadaptation :

- Faciliter l'adaptation de l'utilisateur et ses proches aux situations de handicap engendrées par les incapacités et les obstacles environnementaux ;
- Favoriser son intégration scolaire ou professionnelle et le développement de ses apprentissages par différentes stratégies et adaptations notamment au niveau de son environnement ;
- Permettre l'apprentissage de stratégies compensatoires ou l'utilisation d'aide technique ou technologique pour compenser les incapacités ;
- Recommandations et enseignements des stratégies compensatoires ou utilisation des aides techniques et technologiques ;

Services offerts pour intégration et participation sociale :

- Soutenir l'utilisateur dans son intégration scolaire, sa participation à des activités de loisirs, des organismes communautaires, des milieux de garde ;
- Participation active dans le cadre de la transition de l'école à la vie active.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

MODALITÉS DE GROUPE

Offre de service de groupes offerte auprès des parents, des usagers ou les deux, visant le développement des habiletés suivantes :

- **Parents :**
 - ABC du comportement pour les enfants ayant un TSA
 - Sensibilisation TSA
- **Enfants-Adolescents :**
 - Gestion des habiletés sociales (GHS) : trois curriculums
 - Habiletés de jeux (6-11 ans) ;
 - Règles de conversation (6-12+) ;
 - Gestion des relations d'amitié (12-16 ans) ;
 - Gestion des émotions (GDE) : 7-12 ans ;
 - Développement des relations d'amitié à l'adolescence (Programme PEER's) 12-17 ans ;
 - Développement des habiletés pour contrer l'intimidation 11-15 ans ;
 - Éducation socio-sexuelles (ESS) 12-17 ans ;

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Hypothèse de TSA : doit avoir une hypothèse documentée et être en attente d'évaluation dans une clinique CETSA
- Trouble de la communication sociale pragmatique
- Une déficience intellectuelle peut ou non être associée (déficience légère / modérée ou une évaluation du fonctionnement adaptatif équivalente)

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Les documents suivants sont requis :

- Derniers rapports au dossier
- Description détaillée de la situation d'handicap ciblée menant à la demande de service au programme TSA 7+

4- Particularités de la priorisation au programme

Aucune particularité de la priorisation pour ce programme.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente à ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les services sont offerts aux personnes devant être admises afin de recevoir, pour une durée limitée, des services intensifs de réadaptation spécialisée nécessaire à la récupération des fonctions permettant un retour sécuritaire à domicile ou vers un milieu de vie substitut, le cas échéant.

Aide au développement des habiletés nécessaires à vivre chez soi de manière sécuritaire

- Évaluation des capacités, des limitations, des besoins et de leurs impacts sur la qualité de vie de la personne ;
- Suivi médical et pharmacologique ;
- Soins de santé ;
- Interventions intensives de réadaptation visant la récupération des habiletés;
- Évaluation, recommandation et enseignement de stratégies compensatoires ou d'utilisation d'aides techniques et technologiques, en prévision d'un retour à domicile et de la réalisation sécuritaire des activités courantes ;
- Préparation du retour à domicile, incluant la planification des services d'aide qui seront requis ;
- Enseignement aux proches à l'utilisation optimale de certaines aides techniques (lève-personne, appareil de gavage, etc.) ;
- Dépistage des conducteurs de véhicules automobiles à risque et identification des démarches à privilégier (de la conduite auto et des besoins d'adaptation de véhicule) ;
- Évaluation des besoins et recommandations d'adaptation du domicile qui permettent un retour à domicile sécuritaire ;
- Évaluations, recommandations et accompagnement vers un milieu résidentiel autre que le domicile ou vers le centre hospitalier d'origine, lorsque pertinent ;
- Support pour la mise en place des mesures de protection en cas d'inaptitude.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Pour être dirigé vers une URFI DP, l'utilisateur :

- a 16 ans et plus
- a une déficience motrice (traumatisme craniocérébral, blessure orthopédique grave, amputation, accident cérébral vasculaire, Guillain-Barré, lésions médullaires sans facteurs de complexité, etc.)
- ne peut retourner dans son milieu de vie d'origine
- a un potentiel de réadaptation et peut participer aux activités de réadaptation
- est stable au niveau médical

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Se référer au Cadre de référence Montérégien, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive, mai 2019.

4- Particularités de la priorisation au programme

URGENT : NON APPLICABLE

ÉLEVÉ : TOUTES LES DEMANDES EN URFI DP SONT ÉLEVÉES

MODÉRÉ : NON APPLICABLE

5- Autres informations pertinentes

Se référer au Cadre de référence Montérégien, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive, mai 2019

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Service des aides techniques (SAT)

1- Présentation des objectifs et activités du programme

En fonction d'une entente exclusive avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le SAT est un programme accessoire autofinancé qui est responsable de l'attribution d'aides techniques liée à la mobilité et à la posture (i.e. fauteuil roulant manuel, fauteuil roulant motorisé, bases de positionnement, poussettes spécialisées, planches à station debout) ainsi que des aides à la marche (i.e. marchette, canne quadripode), des orthèses et des chaussures orthétiques pour le territoire de la Montérégie.

Objectif :

Compenser les incapacités que peut avoir une personne ayant une déficience physique par une aide technique liée à la mobilité, à la posture et à la marche, dans la réalisation de ses principales habitudes de vie afin d'éviter qu'elle se retrouve en situation de handicap dans son environnement domiciliaire, scolaire, professionnel ou communautaire.

Activités :

Le SAT comprend deux volets qui relèvent de directions distinctes, soit le volet clinique à la DPD et le volet production à la direction logistique (DL). Une collaboration étroite entre les deux secteurs est requise afin d'optimiser le service à la clientèle.

Clinique :

- Prescription ;
- Évaluation des besoins de la personne, de ses proches et des composantes de l'environnement ;
- Recommandations et conception ;
- Livraison, ajustements et enseignement.

Production :

- Achat ;
- Assemblage et/ou fabrication ;
- Récupération, nettoyage et remise en état des fauteuils, en vue d'une réattribution (valorisation) ;
- Réparation ;
- Service de dépannage d'urgence.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Personnes de tous âges présentant une déficience motrice entraînant des incapacités fonctionnelles qui peuvent être compensées par une aide technique liée à la mobilité et à la posture, par une orthèse, ou une chaussure orthétique.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

- Formulaire de référence au Service des aides techniques.
- Prescription médicale d'un des spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou demande de consultation en physiatrie (médecin généraliste), si la situation le nécessite.
- Tout document pertinent pour valider une atteinte musculo-squelettique (tel que des radiographies, des résultats d'analyses neurologiques, etc.).
- Formulaire 3841 de la RAMQ, Attestation du besoin d'une aide à la locomotion ou à la posture, remplie par un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique (si l'usager est suivi par l'un de ces professionnels). Les parties à compléter par le thérapeute référent sont les sections 1 à 11 de l'évaluation fonctionnelle (pages 3 et 4). Lorsque la référence est uniquement pour du positionnement, le 3841 n'est pas requis.

Pour plus d'information, veuillez-vous référer à la trousse d'information pour les partenaires qui se trouve sur le site internet Santé Montérégie ou sur l'intranet :

<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/trousse-information-pour-les-partenaires-sat>

4- Particularités de la priorisation au programme

Services non assujettis au plan d'accès

ACTIVITÉS CLINIQUES

- a. Le processus d'attribution est priorisé (de l'évaluation à la livraison) lorsque la sécurité ou la santé physique de l'usager est compromise.
- b. Les demandes provenant de l'URFI sont aussi considérées prioritaires.

DÉPANNAGE D'URGENCE

Définition de l'urgence

- o Fauteuil qui ne fonctionne pas (et)
- o Usager en situation à risque de blessure grave ou pour sa santé physique (ou)
- o Problématique reliée aux transferts

Délai d'exécution

- o Immédiat : Usager seul à risque, sans ressource ni équipement d'appoint
- o 24-48 hrs Usager avec ressource et équipement d'appoint
- o 24-72 hrs Usager en CHSLD ou résidence supervisée (la demande doit provenir du personnel traitant ergothérapeute, technicien en réadaptation physique ou infirmière)

Exclusion au processus d'urgence

- o Tout usager qui peut se déplacer et qui peut être cédulé en réparation à l'horaire

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

5- Autres informations pertinentes

Les demandes d'ambulateur ou de quadriporteur ne relèvent pas du Service des aides techniques.

Une prescription médicale (six spécialistes reconnus) est requise dans les situations suivantes:

a. Achat initial

- Aide à la mobilité (Fma, Fmo, BR, poussette spécialisée, planche à station debout) ;
- Positionnement ;
- Coussin spécial ;
- Aide à la marche (marchette, marchette hémi, canne quadripode, béquilles) ;
- Deuxième appareil (pour école, travail, intégration sociale jeunesse ou maintien des capacités résiduelles).

b. **Remplacement** d'une aide technique à la mobilité, d'une aide technique à la marche ou d'un positionnement en raison d'un changement de condition physique de l'utilisateur.

c. **Ajout** d'un composant spécialisé (ex. : contrôle spécialisé, appuie-jambes élévateurs motorisés, bascule motorisée, support pour ventilothérapie, etc.).

Une prescription médicale n'est pas requise dans les situations suivantes (justification par un ergothérapeute requise) :

a. Remplacement :

- Aide technique à la mobilité, aide technique à la marche, positionnement ou coussin spécial en raison d'un bris ou de l'usure (coût de réparation excédant 80 % de l'appareil neuf ou pièces discontinuées) ;
- Coussin spécial déjà prescrit par un autre modèle en raison d'un changement de condition physique de l'utilisateur ;
- Appareil ou aide technique à la posture pour croissance (avant 19 ans).

b. **Réparation/modification/ajustement** d'un appareil ou d'une aide technique à la posture déjà prescrit.

Les spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont : orthopédiste, physiatre, rhumatologue, neurologue, neurochirurgien ou gériatre. Un médecin généraliste avec des privilèges de prescription au CRDP peut aussi prescrire.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Services résidentiels : Mécanisme d'Accès Hébergement (RI-RTF-RAC) en collaboration avec la Coordination RI-RTF

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Les services résidentiels offrent une gamme d'hébergement en milieu de vie substitut (RI-RTF-RAC) selon le profil de l'utilisateur (état et fonctionnement) de ses besoins ainsi qu'en tenant compte de son «projet de vie».

Le programme offre différentes possibilités d'hébergement selon la problématique et les besoins de l'utilisateur.

Type d'hébergement :

Principe directeur : Le maintien de l'utilisateur dans son milieu naturel est la priorité puisque tout déplacement d'un usager a des conséquences importantes sur lui (stress, adaptation, etc.). Lorsque la situation le permet, celui-ci se voit une alternative circonscrite dans le temps, visant notamment à préserver le milieu de vie naturel de l'utilisateur, en vue d'un éventuel retour vers celui-ci. Durant l'absence de l'utilisateur de son milieu de vie naturel, des actions sont entreprises par les parents et les intervenants, afin de mettre en œuvre les conditions pour un retour à l'équilibre.

Hébergement planifié : S'inscrit dans le « projet de vie » de la personne (ou de son représentant) et de son PI/ PSI articulé autour de ce projet.

L'hébergement planifié auprès de l'utilisateur et ses proches dans un contexte de projet personnel ou de projet de vie est une formule à préconiser.

Urgence sociale : se voit une mesure d'hébergement d'urgence face à une situation exceptionnelle et hors de l'ordinaire, habituellement grave, imprévisible et temporaire. Cette mesure s'applique lorsque le réseau de l'utilisateur n'est pas en mesure d'assurer sa sécurité et sa prise en charge. L'hébergement est donc une mesure de dernier recours.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

Les services résidentiels s'adressent aux usagers de tous âges, présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme et/ou une déficience physique ayant des besoins spécifiques de soutien et d'assistance. Ces personnes peuvent également présenter des troubles associés et des problèmes de santé physique :

- Des handicaps multiples ;
- Des déficits sensoriels et du langage ;
- Des troubles de la conduite (terme utilisé dans « l'Instrument de détermination et classification » qui inclut notamment les troubles du comportement, les troubles anxieux, les troubles affectifs et autres. À ne pas confondre avec le diagnostic « trouble de la conduite ») ;
- Un besoin d'assistance complète ou partielle aux AVQ et AVD ;
- Des besoins d'encadrement et de surveillance 24h/24, 7 jours/7 ;
- Des besoins en soins physiques et soins médicaux ;
- Etc.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

3- Documents requis pour la demande inter programmes

- Si l'utilisateur est actuellement dans son milieu de vie naturelle : faire une demande d'hébergement via l'AAO en complétant le sommaire de renseignements (+ annexes) et le plan de transition (pour un usager desservi au programme TC-TGC) à l'adresse suivante :
guichet-acces.di-tsa-dp.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca,
- Si l'utilisateur est hébergé en RI-RTF : compléter le RES 29, le sommaire de renseignements (+annexes) et le plan de transition* (document disponible sur intranet).
- Si l'utilisateur est hébergé en RAC : faire une demande de COR à l'équipe du mécanisme d'accès hébergement à l'adresse suivante : acces.rirtf-dpd.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca, compléter le sommaire de renseignements (+ annexes) et le plan de transition.

*se référer à la procédure de déplacement d'un usager.

4- Particularités de la priorisation au programme

URGENT :

- L'utilisateur est sans milieu de vie.
- Son intégrité et sa sécurité ou celles de son entourage sont présentement compromises ou menacées dans le milieu de vie actuel.
- Le milieu naturel est inexistant, inapte ou ne peut compenser au-delà de 72 heures.

ÉLEVÉ :

- L'intégrité, la sécurité ou le développement de l'utilisateur risquent d'être compromis ou menacés en l'absence d'un changement de milieu de vie dans les 90 jours (dans ces situations, des mesures d'appoint telles qu'une intensité de services de l'établissement dans le milieu de vie actuel doivent être mises en place pour assurer la sécurité).

MODÉRÉ :

- L'intégrité, la sécurité de l'utilisateur ne sont pas menacées à court terme mais un hébergement ou un changement de milieu de vie est nécessaire pour son bien-être et son développement.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

5- Autres informations pertinentes

Le service du mécanisme de l'accès hébergement (RI-RTF-RAC) est la porte d'entrée de l'hébergement. Il a pour mandat de :

- Analyser le profil de l'utilisateur
- Évaluer les besoins de l'utilisateur
- Orienter vers l'hébergement le plus adapté.
- Gérer la liste des places disponibles et la liste d'attente à l'hébergement pour assurer une fluidité dans le continuum d'hébergement
- Travailler en partenariat et en collaboration avec l'équipe du recrutement des ressources, l'équipe des intervenants au contrôle de la qualité et les intervenants pivots des usagers.

Toutes les demandes d'hébergement qui seront faites auprès du mécanisme d'accès hébergement devront avoir une demande de programme clinique faite en parallèle, ayant la même priorisation au plan d'accès.

Comme précisé dans le Cadre de Référence RI-RTF, le secteur recrutement et évaluation des ressources assure :

- La promotion;
- Le recrutement;
- L'évaluation des critères généraux du ministre et des dimensions d'évaluation de l'établissement ;
- La décision de conclure une entente ;
- La conclusion de l'entente.

Cette démarche s'applique aux deux types de ressources (RI et RTF), quel que soit le type d'organisation résidentielle.

Secteur contrôle de la qualité :

- Assure le processus de jumelage-pairage des profils d'utilisateurs reçus via l'équipe de l'accès dans les ressources d'hébergement ciblées par cette dernière et ce, en collaboration avec les intervenants pivots des usagers de la ressource envisagée ;
- Complète l'instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance, en collaboration avec l'intervenant pivot et la ressource pour les coordinations concernées ;
- Applique les processus de contrôle de la qualité des services, en collaboration avec l'intervenant pivot, les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Le partenariat entre l'établissement et la RI-RTF :

- Relation d'affaire encadrée par une entente spécifique ou particulière ;
- Doit s'actualiser conformément aux assises, aux orientations et aux principes directeurs du Cadre de référence RI-RTF de même qu'aux principes fondamentaux des ententes collectives ou nationales ;
- Repose sur la responsabilité partagée de rendre des services de qualité à un usager en fonction de sa condition ainsi que de ses besoins spécifiques et évolutifs ;
- S'inscrit dans un esprit de partenariat basé sur la collaboration entre l'établissement et la ressource, dans lequel les deux parties utilisent leur expertise pour offrir à l'usager des services appropriés, sécuritaires et de qualité ;
- N'existe entre la ressource et l'établissement aucun lien de subordination juridique quant à l'exécution de la prestation de service ;
- Au CISSS de la Montérégie-Ouest, quatre associations représentent les RI-RTF ;
- Ces associations ont conclu des ententes nationales ou collectives avec le MSSS, lesquelles maintiennent des rapports ordonnés entre les parties, soit entre l'établissement et la RI-RTF, et respectent le Cadre de référence RI-RTF ;
- Des mécanismes de concertation et des procédures de règlement des différends entre l'établissement et la RI-RTF existent.

Documents de référence :

- Entente nationale FRIJQ et ARHIQ. Ententes collectives ADREQ et ADRAQ
- Cadre de référence Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (MSSS, 2016)
- Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance (MSSS, 2017)

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Services spécifiques DI-TSA-DP

1- Présentation des objectifs et activités du programme

Champs d'intervention :

- Soutien pour permettre à la personne, à sa famille et à ses proches de s'adapter lors des différentes étapes et périodes de transition de vie (acceptation et adaptation de leur situation) ;
- Soutien afin de favoriser l'insertion de la personne dans la communauté et lui donner accès aux services requis pour son développement optimal ;
- Aider les familles à identifier les ressources pouvant répondre à leurs besoins et à les accompagner dans les différentes démarches s'y rattachant ;
- Assurer la liaison auprès des ressources spécialisées de deuxième ligne lorsque requis ;
- Soutien éducatif de base pour l'usager et sa famille n'ayant pas de besoins spécialisés (soutien dans la relation parent-enfant, soutien à la fratrie, soutien dans la gestion de comportements, stimulation du développement à partir d'un besoin spécifique, soutien ponctuel à l'intégration sociale en service de garde / à l'école / en services communautaires, stimulation de l'autonomie à partir d'un besoin spécifique, différenciation entre le diagnostic et le développement typique, maintien des acquis pour personnes vivant de façon autonome) ;
- Problématiques reliées aux difficultés de comportement, au processus de changement de milieu de vie, à une situation économique et condition de logement précaire ;
- Problématique reliée au déséquilibre entre les conditions personnelles, familiales et sociales de la personne entraînant une détresse psychologique ou une difficulté dans le fonctionnement social ;
- Problématique reliée aux besoins de protection : présence ou risque de violence, d'abus et de négligence ;
- Assurer un rôle de coordination des services offerts par les différents partenaires impliqués auprès de la famille ;
- Défense des droits des usagers ;
- Évaluation psychosociale pour l'ouverture d'un régime de protection ;
- Soutien à la mise en œuvre des activités dans la communauté ;
- Mise en œuvre du programme soutien à la famille, chèque-emploi-services (CES), produits d'élimination.

2- Critères et diagnostics admissibles au programme

- Les personnes de tous âges présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique 0-21 ans (pour le secteur Vaudreuil seulement) ;
- Les enfants ayant un retard global de développement ;
- Les personnes ayant un trouble de la communication sociale ;

3- Documents requis pour la demande interprogrammes

Aucun document requis pour une demande interprogrammes. Elle doit passer par le guichet d'accès DPD.

4- Particularités de la priorisation au programme

Conformément au plan d'accès en services spécifiques.

5- Autres informations pertinentes

Aucune autre information pertinente à ce programme.

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

ANNEXE A

Liste des UA3 – Unités administratives

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Liste des UA3 – Unités administratives

Programme Cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie

Clin med spéc.	Méd 7+ MC	Méd 7+ Chat	Méd 7+ Estrie
Méd 7+ Hya-Sor	Méd 7+ Régional (Hub)	Méd 7+ Lon-Bou	Méd 7+ (Vau)
0-6 Méd Bou Sor	0-6 Méd Bro Hub	0-6 Méd Chat Kat	0-6 Méd Estrie
0-6 Méd Long	0-6 Méd Rich-Y	0-6 Méd StJ	0-6 Méd VVO
0-6 Trauma Bou Sor	0-6 Trauma Bro Hub	0-6 Trauma Chat Kat	0-6 Trauma Estrie
0-6 Trauma Long	0-6 Trauma Rich-Y	0-6 Trauma StJ	0-6 Trauma VVO

Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)

DA 0-6	DA 18+	DA 7-17
--------	--------	---------

Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)

PATCom ext. 0-17	PATCom ext. 18 +	PATCom int. 0-17	PATCom int. 18+
PATCom Prêt équip.	SAT + CASA + PATCom Prêt	SAT + PATComp Prêt	

Programme de conduite automobile et adaptation des véhicules

Conduite auto ext. adapt.	Conduite auto int. adapt.
Conduite auto ext. éval.	Conduite auto int. éval.

Programme régional des douleurs chroniques

Doul chro

Programme régional des maladies neuromusculaires

Mal dég 0-17	Mal dég 18 et plus
--------------	--------------------

Programme régional en déficience auditive 0-100 ans

DA 0-6	DA 7-17	DA 18+
--------	---------	--------

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) clientèle 7 ans et plus

DL 18+ Chat	DM 18+ Chat	DL 7-17 Chat	DM 7-17 Chat
DL 18+ Estrie	DM 18+ Estrie	DL 7-17 Estrie	DM 7-17 Estrie
DL 18+ Hya-Sor	DM 18+ Hya-Sor	DL 7-17 Hya-Sor	DM 7-17 Hya-Sor
DL 18+ Lon-Bou	DM 18+ Lon-Bo	DL 7-17 Lon-Bou	DM 7-17 Lon-Bou
DL 18+ MC	DM 18+ MC	DL 7-17 MC	DM 7-17 MC
DL 18+ Vau	DM 18+ Vau	DL 7-17 Vau	DM 7-17 Vau
Trauma 18+ Chat	Trauma 18+ Centre	Trauma 7-17 Chat	Trauma 7-17 Centre
Trauma 18+Vau	Trauma 18+ Hya-Sor	Trauma 7-17 Vau	Trauma 7-17 Centre
Trauma 18+ Lon-Bou		Trauma 7-17 Lon-Bou	

Programme spécialisé DI 7ans et plus

DI 7+ Champlain	DI 7+ Estrie	DI 7+ StJ
DI 7+ ME	DI 7+ MO	

MDA 7+ héb DI TSA Chplain	MDA 7+ héb DI TSA Estrie	MDA 7+ héb DI TSA StJ
MDA 7+ héb DI TSA ME	MDA 7+ héb DI TSA MO	

Clientèle MDA hébergée ; équipes sous la coordination du Programme DIL-DIM

MDA 7+ héb DP Chplain	MDA 7+ héb DI TSA Chplain	MDA 7+ héb DP Estrie	MDA 7+ héb DI TSA Estrie
MDA 7+ héb DP ME	MDA 7+ héb DI TSA ME	MDA 7+ héb DP MO	MDA 7+ héb DI TSA MO
MDA 7+ héb DP StJ	MDA 7+ héb DI TSA StJ	MDA 7+ trans spéc Chplain	MDA 7+ trans spéc Estrie
MDA 7+ trans spéc ME	MDA 7+ trans spéc MO	MDA 7+ trans spéc StJ	

Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL clientèle 0-6 ans

0-6 DL StJ	0-6 DM StJ	0-6 Trauma StJ	0-6 Méd StJ
0-6 DL VVO	0-6 DM VVO	0-6 Trauma VVO	0-6 Méd VVO
0-6 DL Chat Kat	0-6 DM Chat Kat	0-6 Trauma Chat Kat	0-6 Méd Cha Kat
0-6 DL Bro Hub	0-6 DM Bro Hub	0-6 Trauma Bro Hub	0-6 Méd Bro Hub
0-6 DL Bou Sor	0-6 DM Bou Sor	0-6 Trauma Bou Sor	0-6 Méd Bou Sor
0-6 DL Long	0-6 DM Long	0-6 Trauma Long	0-6 Méd Long
0-6 DL Estrie	0-6 DM Estrie	0-6 Trauma Estrie	0-6 Méd Estrie
0-6 DL Rich-Y	0-6 DM Rich-Y	0-6 Trauma Rich-Y	0-6 Méd Rich-Y
0-6 DI TSA ICI BroHub	0-6 DI TSA ICI Estrie	0-6 DI TSA ICI StJ	0-6 Méd Régional (Hub)
0-6 DI TSA ICI BouSor	0-6 DI TSA ICI Long	0-6 DI TSA ICI VVO	
0-6 DI TSA ICI Rich-Y	0-6 DI TSA ICI Chat-Kat		

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme spécialisé d'intégration au travail

Emploi Estrie	Plateau Estrie	Emploi Kat	Plateau Kat
Emploi Lon Hub Bro	Plateau Lon Hub Bro	Emploi StJ	Plateau StJ
Emploi ME	Plateau ME	Emploi VVOC	Plateau VVOC
Stage Kat	Stage StJ	Stage VVOC	

Programme spécialisé intégration scolaire et communautaire DIS-DIP-DMS

DIS-DIP-DMS 19+ Bro Hub	DIS-DIP-DMS 19+ MO	DIS-DIP-DMS 19+ Estrie	DIS-DIP-DMS 7-18 Ouest
DIS-DIP-DMS 19+ StJ	DIS-DIP-DMS 19+ ME	DIS-DIP-DMS 7-18 Est	
École spécialisée Reach	École Bel-Essor	École Marie-Rivier	École Vent-Nouveau
École René St-Pierre		PSISC DIS-DIP-DMS Spéc. E	PSISC DIS-DIP-DMS Spéc. O

Programme Logement à soutien gradué

LogSouGra Estrie	LogSouGra Kat
LogSouGra Lon Hub Bro	LogSouGra StJ
LogSouGra ME	LogSouGra VVOC

Programme spécialisé Nexus

Nexus Est	Nexus hors cadre Est
Nexus Ouest	Nexus hors cadre Ouest

Programme spécialisé TC-TGC

TC-TGC Continuum Estrie	TC-TGC Continuum MC	TC-TGC Continuum ME	TC-TGC Continuum MC
TC-TGC Continuum MO	RAC des Cèdres	RAC Dupré	RAC Lansdowne
RAC Lilly Butters	RAC Ste-Foy (Nexus)	RAC Dépelteau	RAC Moffat
RAC Nielsen	RAC St-Sébastien	RAC Drouin	RAC Paquette
RAC Pacific	RAC Trépanier	RAC Hector	RAC St-Sébastien
RAC Paquette	RAC Albert-Wallot	RAC Jauniaux	Unité St-Charles
RAC Robert			

Programme spécialisé TSA 7 ans et plus

TSA 7+ Bro	TSA 7+ Hub Lon Bou	TSA 7+ Hya Bel Sor	TSA 7+ Estrie
TSA 7+ Kat StJ	TSA 7+ VVOC		

GUIDE INTERPROGRAMME – SYNTHÈSE DES PROGRAMMES

Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

URFI Bou	URFI Vau
URFI Bru	URFI Hya

Service des aides techniques (SAT)

SAT	SAT + CASA + PATCom Prêt
-----	-----------------------------

Service résidentiels : ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)

Résidentiel

ANNEXE B

Liste des programmes-services

Liste des Programmes-Services DPD CISSS-MO

0401 (Groupe DP)
0402 (Autres (activités complémentaires))
5516 (RI-Déficiência intellectuelle et TED)
5526 (RTF - Familles d'accueil-DI et TED)
5536 (RTF - Résidences d'accueil-DI et TED)
5546 (Autres ressources NI-DI et TED)
6945 (Internat - DI et TED)
7001 (Intégration communautaire DITED)
7024 (Support stages individuels - DI/TED)
7025 (Support plateaux travail DI/TED)
7031 (Intégration à l'emploi DI et TED)
7041 (Assist. Résidentielle continue- DI-TED)
8021 (Déficits moteurs cérébraux)
8022 (Traumatismes cranio_cérébraux)
8023 (Maladies neuromusculaires)
8024 (Myélopathies)
8025 (Lésions musculo_squelettiques)
8026 (Accidents vasculaires cérébraux)
8027 (Maux de dos chroniques)
8028 (Déficiência motrice non répartie)
8031 (Déficits moteurs cérébraux)
8032 (Traumatismes cranio_cérébraux)
8033 (Maladies neuromusculaires)
8034 (Myélopathies)
8035 (Lésions musculo_squelettiques)
8036 (Développement moteur)
8037 (Déficiência motrice non répartie)
8042 (Adaptation et intégration sociale)
8051 (Adap/Réad DI)
8052 (ICI TED)
8053 (Adap/réad. - TED)
8070 (Déficiência auditive)
8077 (Surdicécité)
8081 (Déficiência du langage et de la parole)
8082 (Déficiência du langage et de la parole)
8090 Unité de réadapt fonctionnelle en CRDP