



Table de travail : DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Clientèle ciblée : Il s'adresse aux personnes qui ont un fonctionnement cognitif significativement inférieur à la moyenne accompagné de difficultés d'adaptation. Ce programme vise aussi les personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement qui se traduit par des déficiences majeures par rapport aux interactions sociales, la communication verbale et non verbale et les intérêts et comportements restreints, stéréotypés et répétitifs.

Responsable de la table : Guy Bibeau, Chef d'administration des programmes santé mentale, dépendance et déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Membres de la table : Annie Godbout (travailleuse sociale - CLSC de Dorval-Lachine), Éline Bérubé (Médecin du CSSS), Maria Gagliardi (Hôpital Douglas) Michel Gignac (OPHQ), Martine Beurivage (CRLD et CROM), Lise Lord (CRLD et CROM), Anne Thibault (CRLD et CROM), Toni DiRe (CRLD et CROM), Marie Lefebvre (CSMB), Ginette Lapierre (CSMB - Programme Contact), Mario Mazzealli (CS Lester-B. Pearson), Katie Cohene (CS Lester-B. Pearson), Carmela DeLisi (AVATIL), Huguette Giroux (Corporation l'Espoir du déficient), Éric Delorme (Action main d'œuvre), Nathalie Chapman (Association de l'Ouest de l'île pour la déficience intellectuelle), Anne-Marie Couture (L'Essence en mouvement)

Rappel des définitions de la DI et du TED

Pour la DI, le ministère reconnaît la définition de l'Association américaine sur le retard mental (AAMR) : « *le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans* ». ¹

Pour les TED, le ministère reconnaît les critères diagnostics du DSM IV. Les TED regroupent cinq syndromes, soit le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, les troubles désintégratifs de l'enfance et le syndrome de Rett. Les TED décrivent des problèmes particuliers qui affectent l'ensemble du développement de la personne, notamment sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et en matière d'acquisition du langage. ²

¹ AAMR, Retard mental, Définition, classification et systèmes de soutien, 2002, p.8

² MSSS, *Un geste porteur d'avenir, des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, p. 12

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

Rappel des données démographiques

Population du territoire du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	0-17 ans	18-64 ans	65 ans et plus	TOTAL
Population du territoire en 2005 ¹	25 168	87 590	22 350	135 108

1. Selon Statistiques Canada, Évalué en fonction du recensement 2001 et des tendances d'évolution démographique

Évaluation du nombre de personnes handicapées DI et TED confondu²

	0-4 ans	5-14 ans	15 ans et plus	TOTAL
Nb de personne ayant une DI ou un TED	66	156	530	752

2. Selon *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001*. L'enquête est canadienne. L'échantillonnage québécois n'était pas suffisamment grand pour permettre d'établir des taux régionaux. Les calculs sont basés sur des taux provinciaux.

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

Évaluation du nombre de personnes handicapées DI et TED³

	0-17 ans	18-64 ans	65 ans et plus	TOTAL
Nb de personne ayant une DI ⁴	755	2627	670	4053
Nb de personne ayant une DI et requérant des services ⁵	126	438	---	564
Nb de personne ayant un TED ⁶	68	131	---	199
Nb de personne ayant une DI et requérant des services ou un TED	194	569	---	763

3. Selon les taux de prévalence reconnus et utilisés dans les Orientations ministérielles en DI/TED 2007-2012 du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (Document de travail)
4. Les calculs sont basés sur un taux de prévalence reconnu de 3% qui ne tient pas compte des réalités régionales. 90% de ces personnes auraient une déficience légère.
5. Les calculs sont basés sur un taux de prévalence reconnu de 0.5% pour les 0-65 ans qui ne tient pas compte des réalités régionales.
6. Les calculs sont basés sur des taux de prévalence reconnus de 0.27% pour les 0-17ans et de 0.15% pour les 18-65 ans qui ne tiennent pas compte des réalités régionales.

Commentaires :

Les deux méthodes d'évaluation (application de taux à partir d'une enquête et application de taux reconnus par la littérature) arrivent à des résultats globaux sensiblement équivalents. Cependant, mais sans avoir fait d'analyse approfondie, les partenaires présents à la table croient que le nombre de personnes de moins de 18 ans serait sous-estimé et ce, principalement pour les TED.

Nombre de personne du territoire recevant des services des organisations

Services offerts par		CSSS	CSSS / SAF seulement	CRLD	CROM	CSMB	CSLB	CSMB / Programme Contact	Action main-d'œuvre	AVATIL	Essence en Mouvement	Corporation l'Espoir du déficient	WIAHA
TOTAL	DI	260	144				84	240			3		
	TED	138	116				37				5		
	TOTAL	398	260		310		121	240			8		

Note : À l'exception du CSSS qui n'offre des services que sur le territoire, tous les autres organisations offrent aussi des services sur des territoires d'autres CSSS.

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 1 : Accueil, évaluation et référence	1. L'accès à un médecin de famille ou à un pédiatre est difficile.	<p>Il est actuellement difficile de trouver, sur notre territoire, un médecin généraliste ou un pédiatre qui prend de nouveaux patients et il est rare d'obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables. Les médecins sont parfois peu enclins à prendre de nouveaux clients qui ont des problématiques ou des situations complexes</p> <p>De plus, pour différentes raisons, les médecins n'agissent pas assez en dépistage. Souvent, ils connaissent mal les diagnostics, les symptômes ainsi que les ressources et les services disponibles.</p> <p>Il y a peu de chance que le nombre de médecin augmente dans un court délai. Il faut cibler d'avantage une augmentation de la prise en charge des clients, avec une DI ou un TED, par les médecins en place. Il faut trouver des façons de soutenir les médecins face à la complexité que présente notre clientèle. La mise en place de GMF ou de CMA pourrait permettre au médecin de partager la responsabilité de la prise en charge avec une équipe de quelques médecins. Ce support pourrait aussi passer par l'implication d'un intervenant auprès du médecin. L'intervenant pourrait, en plus de supporter le médecin en offrant les services du CLSC ou des autres organisations, assister la personne et sa famille dans les démarches à faire avant, après ou entre les visites médicales.</p>	Augmenter le nombre de prise en charge de clientèle DI/TED par les médecins.	
	2. Les délais pour obtenir un diagnostic sont trop longs.	<p>Les services diagnostiques de 2^e ligne sont engorgés. Les délais d'attente pour un premier RDV pour clarifier ou émettre un diagnostic varient de 3 mois à plus de un an selon les hôpitaux et le temps de l'année. Pour essayer de réduire les délais, des parents inscrivent leur enfant dans plus d'un hôpital, ce qui fait gonfler les listes d'attente.</p> <p>Certains parents sont aussi mal préparés ou mal informés en regard du recourt au service diagnostic. Ainsi, il arrive que des parents ne se présentent pas au</p>	Augmenter le nombre de personnes vues par les services diagnostiques.	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
<p>Volet 1 : Accueil, évaluation et référence (suite)</p>		<p>rendez-vous d'évaluation malgré qu'il ait été confirmé. Ces absences peuvent s'expliquer par le fait que les parents n'en voient pas toute l'importance ou qu'ils n'ont pas pleinement pris conscience des symptômes ou retard de leur enfant.</p> <p>Cet engorgement des services de 2^e ligne induit une pression sur les médecins et pédiatres qui peuvent hésiter à référer rapidement pour une évaluation diagnostic. Souvent le médecin retarde le moment de la référence jusqu'à ce qu'il ait plusieurs indices d'une présence de retard globale de développement ou d'un TED.</p> <p>Les services diagnostiques pourraient être plus efficaces si, par exemple, un intervenant de 1^{ère} ligne préparait mieux la personne et sa famille pour les services diagnostiques. Ce même intervenant pourrait favoriser le partage avec les services diagnostiques de l'information et des évaluations faites en 1^{ère} ligne ou par les ressources privées.</p>		
	<p>3. Les personnes n'ont pas toujours accès aux services dont elles ont besoin. Le temps d'attente est long et peu de services sont offerts et donnés durant le temps d'attente.</p>	<p>En général, lorsqu'une DI ou un TED est soupçonnée chez une personne, celle-ci et sa famille sont référées à un médecin de famille pour éliminer d'autres diagnostics et obtenir une référence vers des services spécialisés afin d'établir clairement le diagnostic. Après des délais d'attente souvent longs, le diagnostic est posé et ce n'est qu'à ce moment que la personne et sa famille sont dirigées vers les services (CLSC, CRDI, Org. Comm., etc.). Jusqu'ici, la plupart du temps, aucun service n'a été offert. Lorsqu'ils contactent le CLSC, on leur explique, dans le cadre d'une seule rencontre, qu'ils ont droit à toute une gamme de service, on leur donne une foule d'informations sur les ressources, on recommence l'évaluation de la situation, on leur donne un peu de support et on les remet en attente. Après quelques temps, un intervenant nommé pivot contacte la famille. Souvent il recommence l'évaluation et réfère vers les CRDI ou la famille sera mise à nouveau en attente et on recommencera encore</p>	<p>Mettre en place un guichet unique d'accès aux services.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 1 : Accueil, évaluation et référence (suite)		<p>l'évaluation. Il en sera parfois de même dans les organismes communautaires, à l'école, etc..</p> <p>La personne et sa famille sont souvent perdues dans ces démarches, manquent d'information, d'outils, de moyens et ne savent quoi faire d'autre que d'attendre. Lorsqu'elles sont en attente pour voir le médecin généraliste ou spécialiste, ils n'ont, la plupart du temps, qu'un seul numéro de téléphone comme référence et il s'agit de celui de la secrétaire du médecin ou de l'équipe de l'hôpital.</p> <p>Il faudrait que les parents puissent obtenir du support et de l'accompagnement dès qu'une DI ou un TED est soupçonné (avant ou en même temps que la référence au médecin).</p>		
	4. À chacune des étapes, les familles se répètent, recommencent leur histoire.	Chaque organisation a ses propres outils d'accueil et d'évaluation. La plupart du temps les références se limitent à la remise des coordonnées des organisations et parfois à de la l'accompagnement. Le transfert de document d'évaluation se fait rarement. Chaque organisation recommence les évaluations des besoins et services requis.	Mettre en place un outil unique d'évaluation des besoins et des services requis (possiblement l'OEMC et ses outils complémentaires).	

Note importante : Pour le volet 1, les problématiques, l'analyse et les cibles ont été validées par la Table de travail

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement	5. Le CSSS, considéré comme 1 ^{ère} ligne, n'est pas en mesure d'offrir une gamme de service d'évaluation, d'adaptation, de réadaptation et de soutien à domicile.	Le CSSS offre principalement un service d'intervenant pivot (information, coordination des services, support). Il offre aussi des allocations financières pour du répit. La disponibilité financière du programme permet de répondre qu'à environ la moitié de besoins exprimés par la clientèle. Le CSSS offre aussi des services de soutien à domicile pour compenser certaines incapacités de la clientèle. Ces services de soutien à domicile sont cependant organisés en fonction des besoins de la clientèle des personnes en perte d'autonomie liées au vieillissement et sont souvent mal adaptés aux besoins de notre clientèle	<p>Mettre en place une réelle offre de service de 1^{ère} ligne en DI/TED, en CSSS (plus de services accessibles, offerts par du personnel et des professionnels mieux formés).</p> <p>Augmenter l'expertise des</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
<p>Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)</p>		<p>(stabilité et formation du personnel). Les services psychosociaux pour les familles sont offerts seulement aux familles en crise ou en détresse alors qu'il y a beaucoup de besoins (acceptation du handicap, passage des étapes de vie, préparation d'un plan de vie, préparation à un hébergement, etc.). Les services en ergothérapie se limitent la plupart du temps à l'évaluation et la recommandation d'adaptation de domicile. Il n'y a pratiquement aucun service éducatif ou psychoéducatif et aucun service professionnel autre que psychosociaux (orthophonie, psychologie, sexologie, physiothérapie, ergothérapie, art thérapie, etc.). Il n'y a aucun service de suivi et de support concernant la santé et la prévention des problèmes de santé pour les adultes avec DI/TED. Il n'y a pas de service de support ou de développement d'habiletés parentales chez les personnes avec DI/TED ayant un ou des enfants. Quelques intervenants seulement, en CLSC, sont bien formés en regard de la clientèle DI/TED. La plupart ont des formations générales et la petite taille des équipes ne permet pas de maintenir l'expertise (roulement de personnel, pas de spécialisation, etc.) Par exemple, il y a un manque d'expertise en regard du rapport à la sexualité pour la clientèle DI/TED.</p>	<p>intervenants de 1^{ère} ligne par des programmes de partage d'expertise de la 2^{ième} vers la 1^{ère} ligne.</p>	
	<p>6. Les services de 2^{ième} ligne (CRDI) sont, en général, difficilement accessibles.</p>	<p>Le délai (liste d'attente) pour obtenir des services éducatifs est très long. Il peut atteindre plus de 10 mois pour les clientèles de moins de 6 ans et aller jusqu'à quelques années pour les services aux autres groupes d'âge. La priorisation des moins de 6 ans a eu pour effet pervers d'augmenter les délais d'accès au service et/ou l'intensité de service pour les autres groupes d'âge. Il y a actuellement bris de services ou d'intensité de services lorsque les enfants passent du groupe de moins de 6 ans à celui des 6-12 ans. Le développement des approches basées sur les « meilleures pratiques » a permis de développer une bonne expertise mais laisse en contre-partie peu d'alternative de traitement.</p> <p>Certains services professionnels (orthophonie, psychologie, sexologie, physiothérapie, ergothérapie, art thérapie, etc.) sont dits accessibles mais dans</p>	<p>Poursuivre le recadrage des interventions en services éducatifs et favoriser la référence aux services appropriés lorsqu'il y a d'autres besoins.</p> <p>Améliorer l'accès aux services professionnels de 2^e ligne.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)		les faits le sont peu parce que les CRDI n'ont pas les ressources professionnelles pour l'offrir. Il y a alors possibilité de recourir à des ententes de service avec des professionnels en privée mais ceux-ci sont difficiles à trouver et peuvent être hors secteur ou encore avoir des listes d'attente.		
	7. Les ressources de répit ne répondent pas à l'ensemble des besoins de la clientèle.	<p>Le programme Soutien à la Famille n'arrive plus à répondre aux besoins des familles. Au départ le programme visait à supporter financièrement les personnes et leur famille en regard des besoins de répit, de gardiennage et de loisirs. Dans les dernières années, l'augmentation des besoins adressés au programme a été beaucoup plus forte que l'augmentation des budgets disponibles pour le programme. L'aide reçu par une famille a diminué considérablement.</p> <p>Les personnes DI ou TED ont difficilement accès à du répit, les ressources ont des listes d'attente, elles peuvent être coûteuses et difficiles d'accès. Elles sont souvent hors territoire, voir même hors région, et le service de transport est très rarement offert.</p> <p>Le problème est d'autant plus grand pour les adolescents et les jeunes qui ne se reconnaissent pas dans les services de répit qui regroupent toute la clientèle DI et TED.</p> <p>Il ressort aussi que la gamme des services de répit offerts aux personnes anglophones est moins grande que celle pour la clientèle francophone. Il y a moins de ressources communautaires qui offrent le répit pour la clientèle anglophone.</p> <p>Il est aussi très difficile d'avoir accès à des ressources de répit avec hébergement en urgence.</p>	<p>Améliorer l'accès aux services et ressources de répit.</p> <p>Développer un service de répit et un programme de camp de jour estival qui répondent aux besoins des adolescents et jeunes adultes.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)	8.L'accès à du loisir est limité.	Les adolescents et les adultes ont de la difficulté à trouver des activités de loisirs. Lorsqu'elles se retournent vers des activités de loisirs, non spécifiques à la clientèle DI ou TED (programmation de loisirs des arrondissements, groupes socioculturels, etc.), le support à l'intégration n'est pas toujours disponible. Il est aussi difficile pour les parents d'adolescent de leur trouver un camp de jour estival qui puisse répondre au besoin de leur jeune (ils sont la plupart du temps intégrés à la clientèle DI/TED adulte et les adolescents n'y sont pas à l'aise).	Améliorer l'offre de service en support à l'intégration pour les activités de loisirs et la promouvoir.	
	9.Les parents ont de la difficulté à trouver des milieux de garde qui sont en mesure de bien répondre aux besoins de leur enfant avec DI ou TED.	En plus du manque de place en CPE, le nombre de place réservée pour enfants avec besoins spéciaux est insuffisant. Souvent les CPE ne sont pas adaptés (locaux) pour recevoir les enfants avec DI ou TED. Ils n'ont pas le matériel et les éducateurs-trices ne sont pas bien préparés face aux besoins des enfants avec DI ou TED.	Améliorer l'offre de service en support à l'intégration en garderie et la promouvoir.	
	10. Le milieu scolaire démontre quelques difficultés à répondre aux besoins des jeunes avec DI/TED et de leur famille.	Les pratiques en regard de l'intégration sont différentes entre la CSMB et la CSLBP. Lorsque la clientèle de notre territoire doit fréquenter une école spécialisée, ils doivent souvent effectuer un trajet très long et parfois avec d'autres jeunes ayant des troubles graves du comportement, ce qui amène du stress aux enfants et à leur famille. De plus, les écoles spécialisées n'offrent pas de service de garde et les enfants demandants plus de supervision et d'encadrement ne peuvent avoir accès au service de garde de leur école de quartier. Donc, les parents sont contraints à des horaires peu flexibles de départ et de retour des enfants qui ne leur permettent pas de pouvoir intégrer ou réintégrer le milieu du travail à moins de recourir à des gardiennes à domicile. Les écoles secondaires n'offrent pas de service de garde et ne fournissent pas	Soutenir le milieu scolaire à améliorer sa capacité à répondre aux besoins des jeunes avec DI/TED et de leur famille notamment en regard des services de garde, de transport et de soutien à l'intégration scolaire. Clarifier les mandats des CRDI, du CSSS et du milieu scolaire en regard des services à offrir aux jeunes avec DI/TED.	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
<p>Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)</p>		<p>systematiquement de service de transport scolaire ce qui amène aussi un stress quotidien pour les enfants et les parents.</p> <p>Dans les écoles régulières, l'accès à des services spécialisés en DI –TED (accompagnement, orthophonie, orthopédagogie, psychologie, psychoéducation, ergothérapie, etc.) peut être limité ou inexistant.</p> <p>En contexte d'intégration, le besoin de temps d'accompagnement en classe ou hors classe et l'encadrement pouvant être fourni par l'école peut être insuffisant. Les professeurs et les accompagnateurs ne sont pas toujours bien préparés en regard des besoins spécifiques des enfants avec DI ou TED. En classe satellite ou en école spécialisée, la présence de jeunes avec troubles graves du comportement peut aussi être source de problèmes et d'inquiétudes pour les enfants et pour les parents.</p>		
	<p>11. La transition entre le milieu scolaire et la vie socioprofessionnelle ne se fait pas toujours bien.</p>	<p>La préparation du passage de l'école à la vie socioprofessionnelle n'est pas toujours faite d'avance. Les règles internes ou les listes d'attente de certaines organisations ne permettent pas de préparer d'avance ce passage.</p> <p>La clientèle qui ne veut plus fréquenter l'école à 18 ans se retrouve souvent sans service et à la maison car ils n'ont pas accès avant 21 ans au service socioprofessionnel du CRDI ou aux programmes de préparation à l'emploi par le biais de stage ou de plateau de travail. Ils doivent viser le marché de l'emploi régulier.</p> <p>L'exploration d'avenues prometteuses telle que le programme « Continuum plus » s'avérerait intéressant.</p>	<p>Développer et mettre en place une pratique concertée de développement d'un PSI et d'un plan de vie, dès le passage à 16 ans de la clientèle.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)	12. L'accès à des programmes de préparation à la vie autonome est difficile.	<p>L'accès aux services individuels des CRDI est réduit en raison de longue liste d'attente.</p> <p>Les programmes de groupe avec stage ou ateliers sont aussi limités en raison des listes d'attente et d'un accès limité à des locaux adaptés à de tel programme (par exemple le programme AVA). Il peut aussi y avoir confusion entre les objectifs de développement d'habiletés et ceux de répit, avec ce type de programme.</p>	Améliorer l'accès à des services et des programmes de préparation et de transition vers la vie autonome.	
	13. Il y a peu de service et un manque important d'expertise en regard des personnes avec besoins spéciaux associés à des doubles problématiques.	<p>Les problématiques les plus fréquentes sont les troubles du comportement, les problèmes de santé ou déficience physique, la détresse psychologique et les troubles de santé mentale.</p> <p>Les services de 1^{ière} ligne, le milieu scolaire, les services de répit et de loisirs sont généralement peu adaptés aux personnes présentant une DI ou un TED associé à d'autres problèmes graves.</p> <p>Les personnes et les familles démontrent et nomment de grands besoins de services, de support et de répit. Les intervenants sont souvent démunis et se sentent impuissants pour y répondre. Les parents doivent parfois composer seul à la maison, avec leurs enfants, alors que les ressources n'y arrivent plus.</p> <p>Lorsque la personne requiert des interventions importantes d'adaptation du milieu de vie, l'accès à des subventions par le programme PAD est grandement limité par de longue liste d'attente. De plus, les familles ont à couvrir quant même des coûts, ce qui n'est pas toujours possible pour les familles à faible revenu ou à revenu modeste.</p>	<p>Développer des programmes de formation et de transfert d'expertise propre aux besoins de cette clientèle.</p> <p>Développer des mécanismes de collaboration et de concertation fondés sur une approche multifactorielle qui dépasse la seule question de la médication.</p> <p>Revendiquer une amélioration de l'accès au programme PAD.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 2 : Intervention, soutien et accompagnement (suite)	14. Il est difficile de trouver des ressources capables de répondre aux besoins généraux et courants de la clientèle tel que dentiste, optométriste, etc.	Les ressources qui répondent aux besoins courants et généraux de la clientèle sont souvent mal informées, mal formées ou mal à l'aise pour travailler avec la clientèle DI/TED. Il est par conséquent difficile de trouver des dentistes, optométristes, etc.	Développer une offre de service sur mesure en support aux ressources démontrant de l'intérêt à travailler avec la clientèle.	
	15. Il y a peu de services pour les personnes avec handicap très léger.	Les personnes avec handicap très léger ne se reconnaissent pas dans les services offerts à l'ensemble de la clientèle (service de support, intégration au travail, loisirs, services professionnelles, etc.). Lorsqu'ils font appel à des services non-spécifiques, ils ne sont pas capables de suivre ou de s'intégrer parmi les autres participants.	Développer une offre de service adaptée aux besoins des personnes avec handicap léger qui soit accessible en CSSS, en ressources communautaires ou en intégration.	

Note importante : Pour le volet 2, les problématiques et l'analyse ont été validées par la Table de travail. Les cibles sont des propositions du responsable de la Table, Guy Bibeau, et de son assistante Annie Godbout. Elles seront validées dès la prochaine rencontre de la Table de travail.

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
Volet 3 : Intervention avec placement, hébergement ou hospitalisation	16. Les services de placement ne répondent pas aux besoins de la population.	Les personnes qui ont besoin de ressources de placement sont mises en attente pour des périodes allant de plusieurs mois à quelques années. Les ressources n'arrivent pas à répondre au besoin. Durant l'attente imposée aux familles, il arrive que la situation se dégrade tellement qu'il faille agir en urgence sociale et procéder alors au placement dans des ressources moins appropriées aux besoins	Augmenter le nombre de place d'hébergement en RI, RTF et en RAC sur le territoire.	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
<p>Volet 3 : Intervention avec placement, hébergement ou hospitalisation (suite)</p>		<p>des personnes. Les besoins de placement en urgence sociale comblent pratiquement toutes les ouvertures de services au niveau des ressources. En plus de ne laisser que peut d'ouverture pour les personnes en liste d'attente, il arrive aussi très souvent que les places de dépannage soient mobilisées par ce type de placement.</p> <p>Les besoins de la clientèle hébergée sont de plus en plus lourd et complexes. Les ressources ne sont pas toujours adaptées pour recevoir cette clientèle et ont besoin de plus de support (formation, etc.). Aussi, il n'y a pratiquement pas de ressources pour les personnes avec handicap physique associé à la DI ou au TED.</p> <p>Les ressources actuelles ne répondent pas aux besoins des personnes ayant des limitations moins importantes mais requérant tout de même de l'hébergement. On retrouve parmi cette clientèle celle placée par la DPJ dans leurs ressources jusqu'à 18 ans et référée ensuite au CRDI.</p> <p>Le recrutement des ressources de type RTF est difficile parce que plusieurs organisations font du recrutement pour ce genre de ressources mais pour des problématiques différentes. De plus, l'alourdissement des besoins de la clientèle exige maintenant une présence presque 24h sur 24h, ce qui limite la possibilité pour les responsables d'une RTF de s'impliquer dans d'autres activités. Ce même alourdissement requiert aussi un niveau plus élevé d'expertise des ressources. L'augmentation du besoin d'encadrement peut même mener à un recours à du personnel supplémentaire ce qui induit des coûts pour les ressources.</p>	<p>Favoriser le développement de ressources qui ciblent des besoins particuliers (par exemple les doubles problématiques, les jeunes plus fonctionnels, etc.).</p> <p>Explorer la possibilité de faire le recrutement de RTF en collaboration avec les partenaires des autres réseaux pour toutes les problématiques.</p>	
	<p>17. Les milieux hospitaliers ne peuvent prendre en charge des personnes avec DI/TED.</p>	<p>Les hôpitaux exigent une présence et un accompagnement, 24 heures sur 24, lorsqu'une personne avec une DI ou un TED est hospitalisée. Pour plusieurs familles cette demande contribue à augmenter le stress et la charge liés à l'hospitalisation. Cette pratique amène aussi des coûts importants pour le CRDI lorsque la famille de la personne hébergée par ces derniers ne peut répondre à cette demande.</p>	<p>Explorer des avenues de solutions avec les familles, les hôpitaux, les organismes communautaires et le réseau.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
<p>Volet 4 : Prévention et promotion</p>	<p>18. Les enfants sont souvent dépistés tardivement.</p>	<p>Il arrive encore souvent que des enfants arrivent dans le réseau, à quatre ou cinq ans, avec des retards de développement importants. Avec un meilleur dépistage, ces enfants auraient pu bénéficier de services beaucoup plus rapidement.</p> <p>Il existe déjà, notamment en pédiatrie, des outils de dépistage simple et efficace. D'autres outils pourraient aussi être adaptés. La plupart des enfants sont vus par un médecin ou un service de vaccination, à quelques reprises avant 24 mois. Le médecin ou les professionnels pourraient en quelques minutes faire un dépistage.</p> <p>Cependant, l'accès à des services après le dépistage est difficile en raison de la liste d'attente mais aussi en raison de l'organisation actuelle du réseau, l'actualisation de la cible 5 (Guichet d'accès unique) pourrait améliorer la situation. Cependant, il faudrait aussi que les parents en attente de diagnostic pour leur enfant aient accès à des services généraux de stimulation précoce. Dans le cadre de ces services, les parents pourraient être outillés, de façon générale, afin qu'ils puissent améliorer leur capacité à stimuler leur enfant durant les délais d'attente pour obtenir un diagnostic.</p>	<p>Favoriser le dépistage systématique avant l'âge de 24 mois.</p> <p>Favoriser l'accès à des services de stimulation précoce dès la détection de symptômes ou d'indices d'un retard de développement ou d'un TED.</p>	
<p>Volet 5 : Développement de la communauté</p>	<p>19. Les valeurs qui sous-tendent la politique d'intégration et de participation sociale ne sont pas pleinement actualisées.</p>	<p>Tous les partenaires contribuent au développement de la communauté et à la participation sociale en ayant recours et en intégrant les personnes dans des services les plus normalisants possibles et dans la communauté. Cependant, certaines personnes ou leurs parents sont encore confrontés à l'impossibilité d'obtenir des services dans un contexte d'intégration alors qu'ils le désirent et que ce serait possible. Bien que la réalisation de la cible 11 (services de support à l'intégration) participe à réduire cet écart, il faut viser des interventions plus larges d'éducation populaire et de développement social.</p> <p>De plus l'ouverture de la communauté est moins grande et, par conséquent, les limites plus importantes, pour l'intégration des personnes polyhandicapées ou</p>	<p>Augmenter les activités de sensibilisation et de promotion de l'intégration et de la participation sociale.</p>	

PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE DU CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE
Bilan d'étape

VOLET	PROBLÉMATIQUE	ANALYSE DE LA SITUATION	CIBLES	PARTENAIRES IMPLIQUÉS
		<p>avec trouble du comportement.</p> <p>Le manque de service direct aux personnes et le manque de financement des organismes favorisent l'investissement des ressources et du temps pour les services à la personne au détriment des interventions de développement de la communauté.</p>		
<p>Volet 6 : Coordination des services</p>	<p>20. Le continuum de service en DI/TED comporte encore plusieurs bris et coupures.</p>	<p>Il existe déjà une multitude d'entente entre les organisations en DI/TED afin de mieux coordonner deux ou des services ou pour favoriser de meilleurs arrimages. Cependant, de façon globale, nous ne pouvons parler actuellement d'un continuum de services en DI/TED. Il reste plusieurs bris dans la chaîne de services. Par exemple, on assiste souvent à un bris de service lors de l'entrée à l'école primaire des enfants. Le fait que la responsabilité de plusieurs services changent de réseaux cause des coupures ou des bris dans la façon dont les services sont donnés. Il en va de même le passage de l'école à la vie socioprofessionnelle. Il y a aussi souvent confusion dans l'offre des services dit de première ligne. Le développement insuffisant des ressources de première ligne amène parfois un engagement de celles de deuxième pour ce type de service. Cet engagement varie d'une situation à l'autre et peut être à la source de vide de service. Les deux tables de concertation se sont données des mandats orientés davantage vers l'échange et la circulation de l'information que vers l'établissement d'un réseau de services intégrés et concertés. Aucune organisation ou regroupement d'organisation travaille spécifiquement sur le continuum complet des services.</p> <p>Le développement d'une 1^{ère} ligne forte (Cible 7) aura pour effet de clarifier les rôles dans l'offre de service et possiblement d'améliorer le continuum. Cependant, plusieurs organisations participent à l'offre de service et la seule mise en place de la 1^{ère} ligne ne saurait régler tous les problèmes d'arrimage et de continuum.</p>	<p>Mettre sur pied un comité local regroupant l'ensemble des partenaires ou donner à un comité existant un mandat clair en lien avec le développement d'un continuum de service en DI/TED.</p>	

Note importante : Pour les volets 3-4-5 et 6, les problématiques et l'analyse sont issus des discussions menées par la Table mais n'ont pas pu être validées par faute de temps. Elles le seront dès la prochaine rencontre. Les cibles sont des propositions du responsable de la Table, Guy Bibeau et de son assistante Annie Godbout. Elles seront, elles aussi, validées dès la prochaine rencontre de la Table de travail.