

Office des personnes handicapées du Québec

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et la proposition de politique *À part entière*

Forum du mouvement PHAS
sur l'accès aux services sociaux et de la santé
5 juin 2009

Québec 

Les grands principes de la réorganisation

▼ Logique structurante

- Passage d'un réseau d'établissements à un réseau de services

▼ Les grands principes de la réorganisation

- L'approche populationnelle
- La hiérarchisation des services

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

- ▼ Une « nouvelle » réorganisation entamée en 2003
 - Création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux aujourd'hui les agences de la santé et des services sociaux
 - Création de 95 instances locales aujourd'hui les centres de santé et de services sociaux
 - L'organisation de l'offre de service doit s'actualiser par l'élaboration du projet clinique et organisationnel (Loi 83)

Le projet de veille sur la réorganisation

- ▼ **Projet de veille sur la réorganisation en 2007-2008 et 2008-2009**
- ▼ **L'opération de veille a été réalisée auprès des conseillers de l'intervention collective régionale de l'Office**
- ▼ **Plusieurs limites :**
 - **Vision limitée de la réorganisation**
 - **Connaissances variables des conseillers (en fonction de leurs dossiers respectifs et de leurs réseaux de contacts) concernant les projets cliniques et les services offerts dans leur région**

Quelques résultats du projet de veille

(suite)

- ▼ **La Loi 83 donne le mandat à chaque CSSS de développer un projet clinique et organisationnel en collaboration avec ses partenaires locaux**
- ▼ **Le projet clinique et organisationnel représente l'offre de service offerte à la population**
- ▼ **Celui-ci doit s'élaborer en tenant compte des orientations ministérielles, des balises régionales et des besoins locaux**
- ▼ **Conception variable des projets cliniques et organisationnels d'une région à l'autre**

Quelques résultats du projet de veille

**Tableau comparatif de l'avancement
des projets cliniques et organisationnels**

	Santé mentale		Déficience physique		Déficience intellectuelle et TED	
	08-09	07-08	08-09	07-08	08-09	07-08
Pas débuté	7 %	10 %	34 %	42 %	28 %	40 %
En élaboration	26 %	29%	16 %	28 %	20 %	28 %
Terminé	67 %	61 %	50 %	30 %	52 %	32 %
Actualisation	40 %	N/D	28 %	N/D	30 %	N/D

Quelques résultats du projet de veille

(suite)

- ▼ **Légère progression dans l'élaboration et la mise en œuvre des trois programmes-services couverts (DP/DI-TED/SM)**
- ▼ **Par contre, beaucoup de changements prévus se font toujours attendre (ex : ententes entre établissements, transfert de certaines responsabilités de la deuxième ligne vers la première ligne, implantation dans les CSSS d'équipes DI-TED ou santé mentale, etc.)**
- ▼ **Les énergies déployées pour le plan d'accès semblent ralentir les travaux des projets cliniques**

Quelques résultats du projet de veille

(suite)

- ▼ **En regard du processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation :**
 - **Dans la plupart des régions, l'implantation d'un guichet d'accès est réalisée ou en voie de réalisation**
 - **Par contre, peu de guichets dans les CSSS s'adressent à la clientèle DI-TED**
 - **On note que les travaux de suivi du plan d'accès commencent à avoir un impact sur la préoccupation des établissements d'améliorer les processus d'accueil et d'orientation pour les personnes ayant une déficience**

Quelques résultats du projet de veille

(suite)

- ▼ **En regard de l'implantation dans plusieurs régions d'intervenants pivot**
 - **Le mandat et les rôles de l'intervenant pivot ne sont pas toujours bien définis**
 - **Pas nécessairement des intervenants qui ont uniquement le rôle d'intervenant pivot (ajout aux tâches courantes)**
 - **De façon générale, on observe dans beaucoup de régions, des initiatives concernant la planification individualisée et coordonnée des services (souvent sous la responsabilité de l'intervenant pivot)**

Les listes d'attente dans les CR et les CRDITED

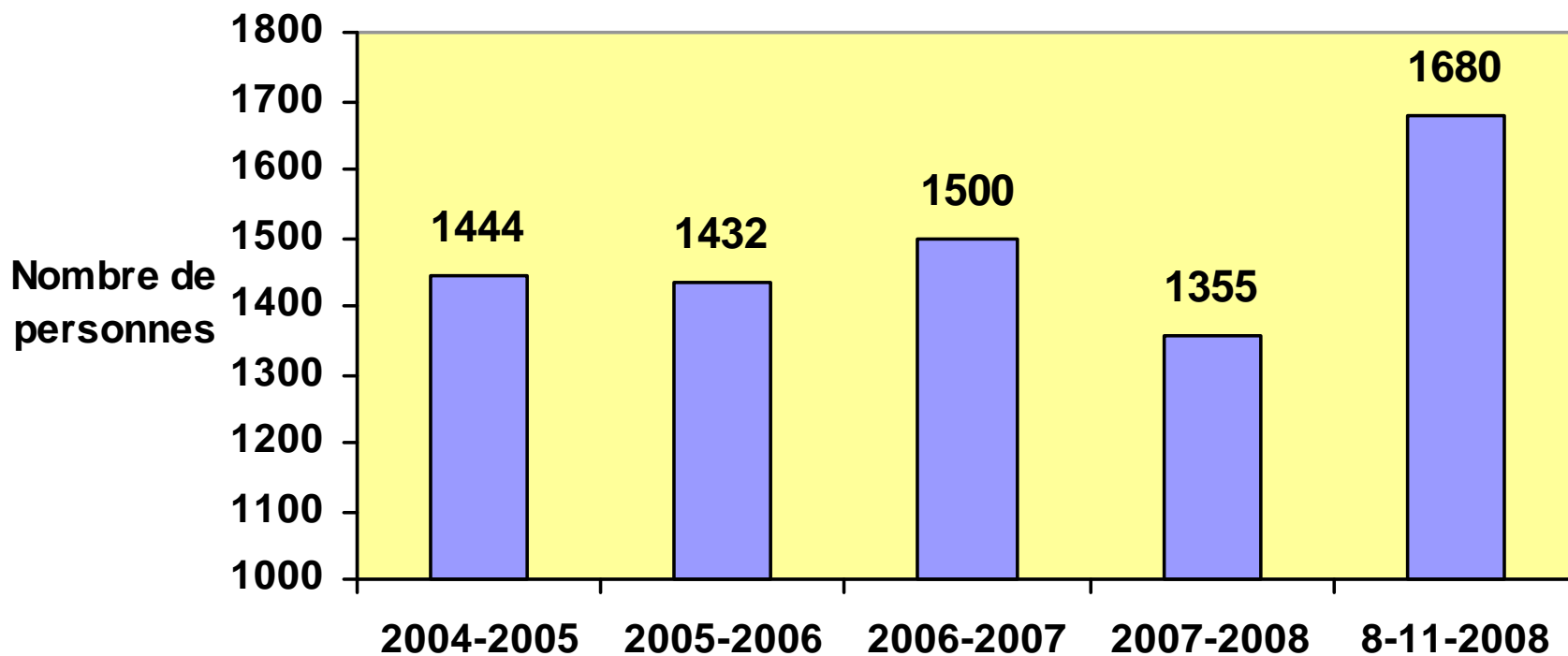
- ▼ La réorganisation vise, entre autres, à améliorer l'organisation des services et à réduire les listes d'attente dans les réseaux
- ▼ Pas de compilation précise des listes d'attente pour les CSSS
- ▼ Des données sont disponibles pour les CR et les CRDITED

La provenance des données

▼ Sources de données

- **Les *indicateurs de gestion 2006-2007*, édition novembre 2007, produite par la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle**
- **La synthèse des *délais d'attente*, au 31 mars 2004 à 2008, produite par l'Association de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)**

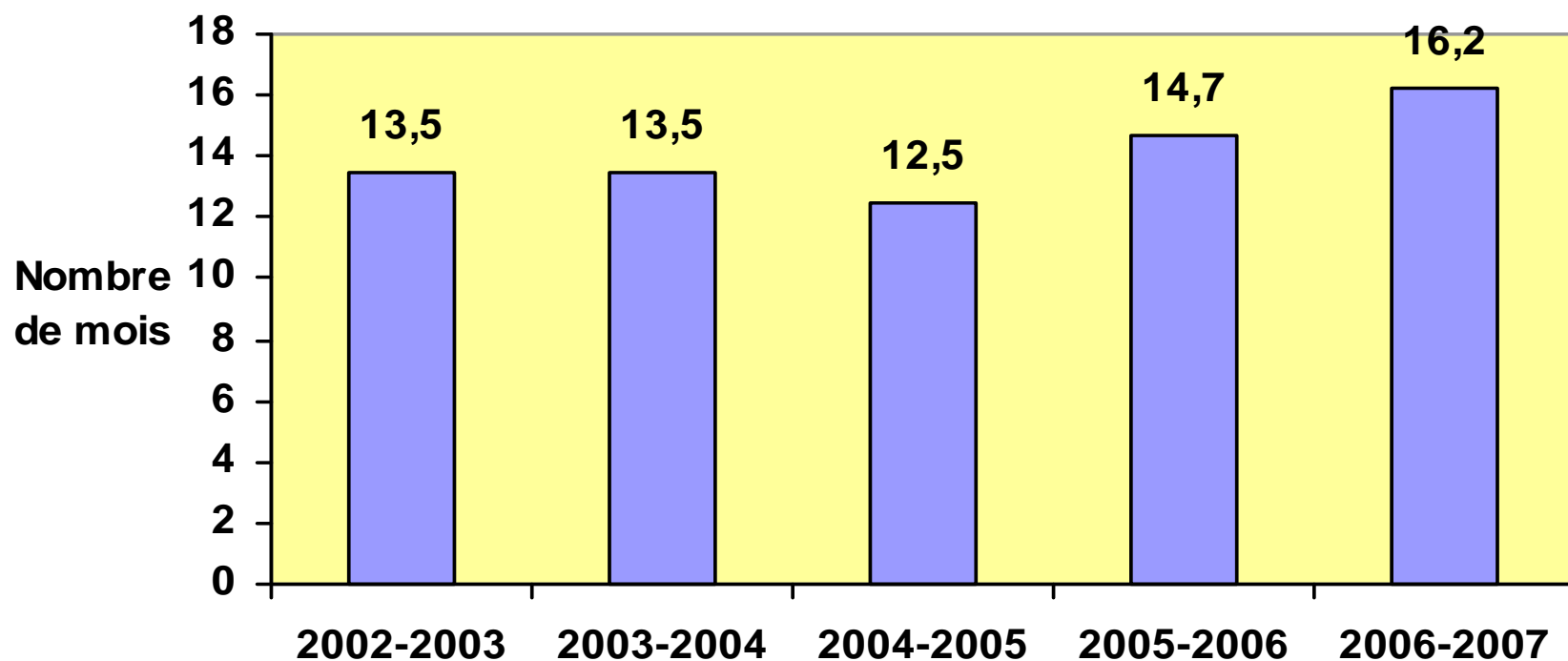
Figure 1 - Évolution de la clientèle DI en liste d'attente pour un premier service (2004 à 2008)



Source : FQCRDI, Les indicateurs de gestion 2006-2007, édition novembre 2007, p.38

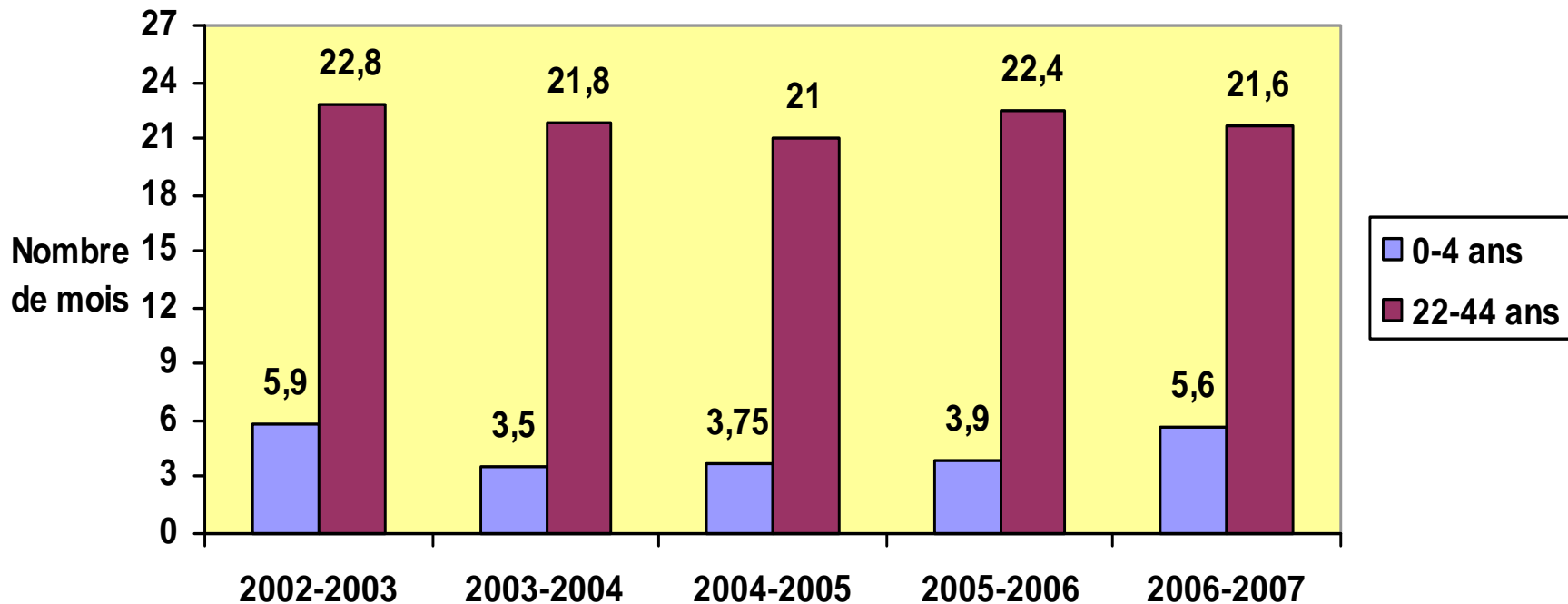


Figure 2 - Évolution du délai d'attente en mois de la clientèle DI pour un premier service (2002 à 2007)



Source : FQCRDI, *Les indicateurs de gestion 2006-2007*, édition novembre 2007, p.38
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009

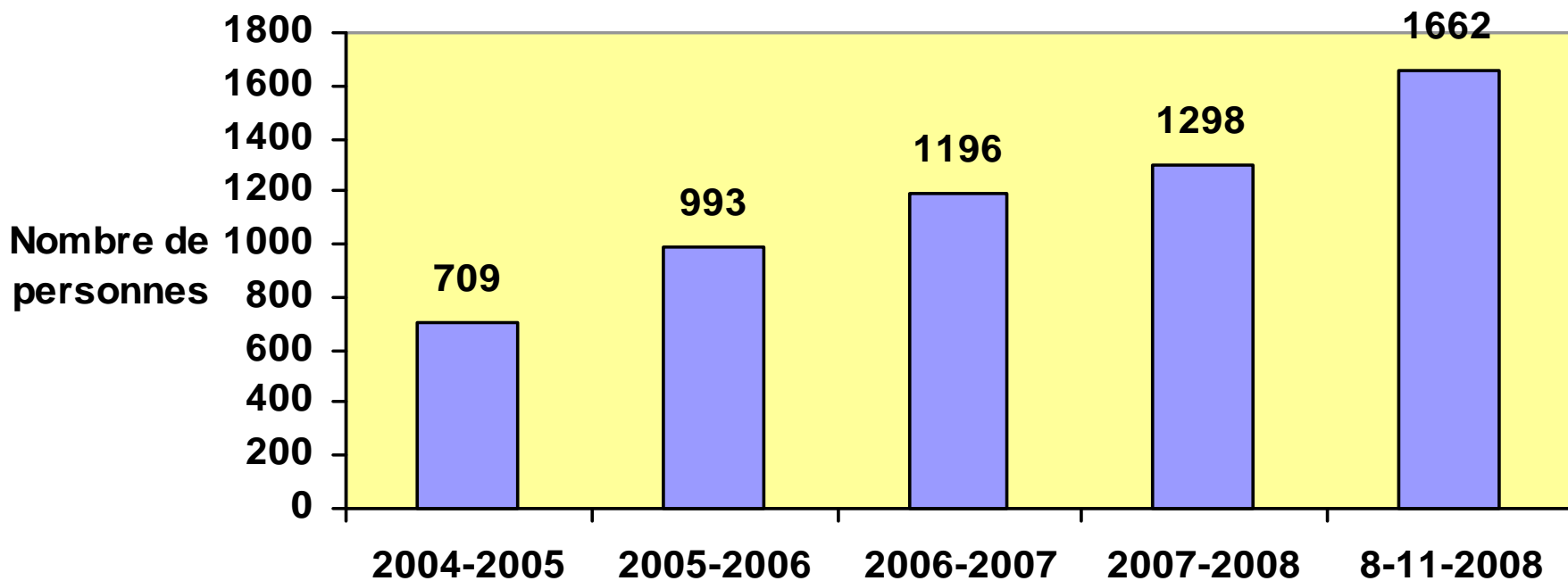
Figure 3 - Évolution du délai d'attente en mois de la clientèle DI pour un premier service dans un programme selon l'âge (2002 à 2007)



Source : FQCRDI, *Les indicateurs de gestion 2006-2007*, édition novembre 2007, p.38
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009



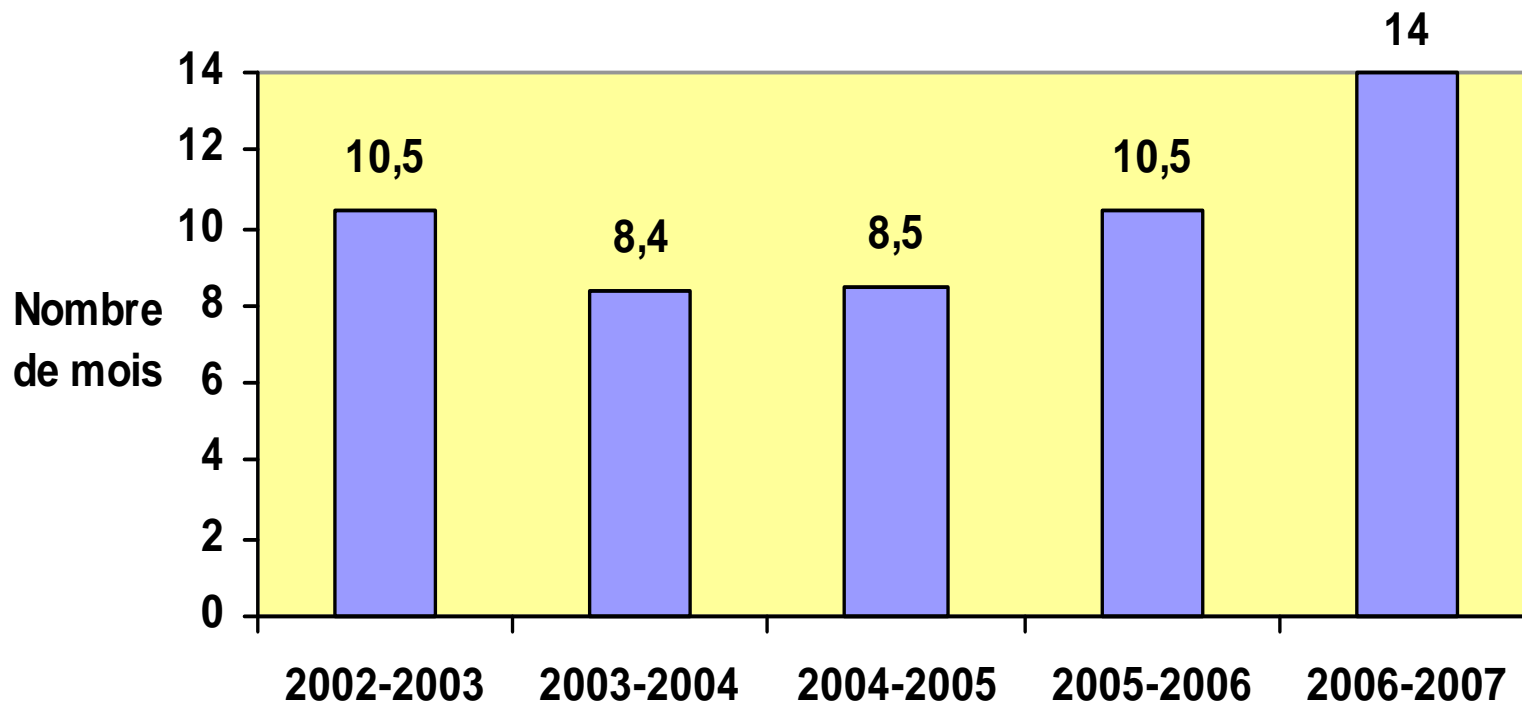
Figure 4 - Évolution de la clientèle TED en liste d'attente pour un premier service (2004 à 2008)



Source : FQCRDI, Les indicateurs de gestion 2006-2007, édition novembre 2007, p.50

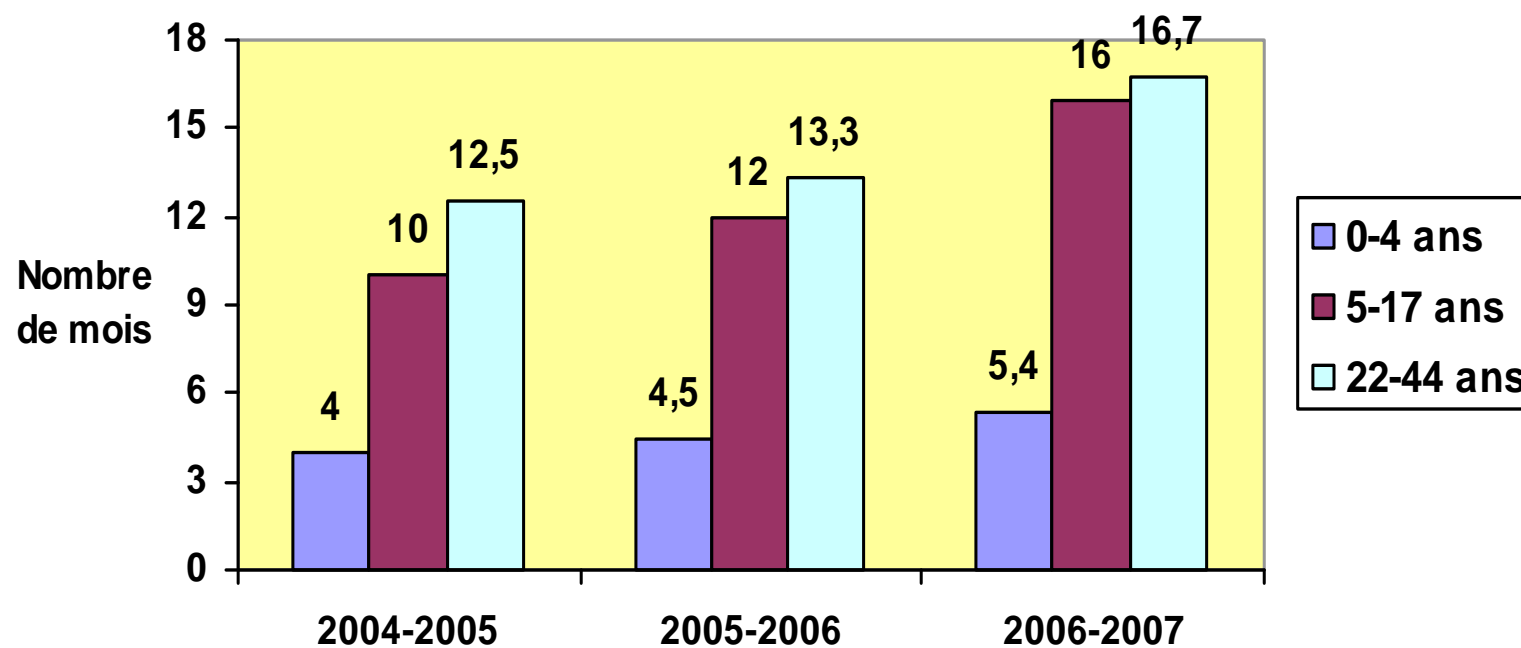


Figure 5 - Évolution du délai d'attente en mois de la clientèle TED pour un premier service (2002 à 2007)



Source : FQCRDI, *Les indicateurs de gestion 2006-2007*, édition novembre 2007, p.52
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009

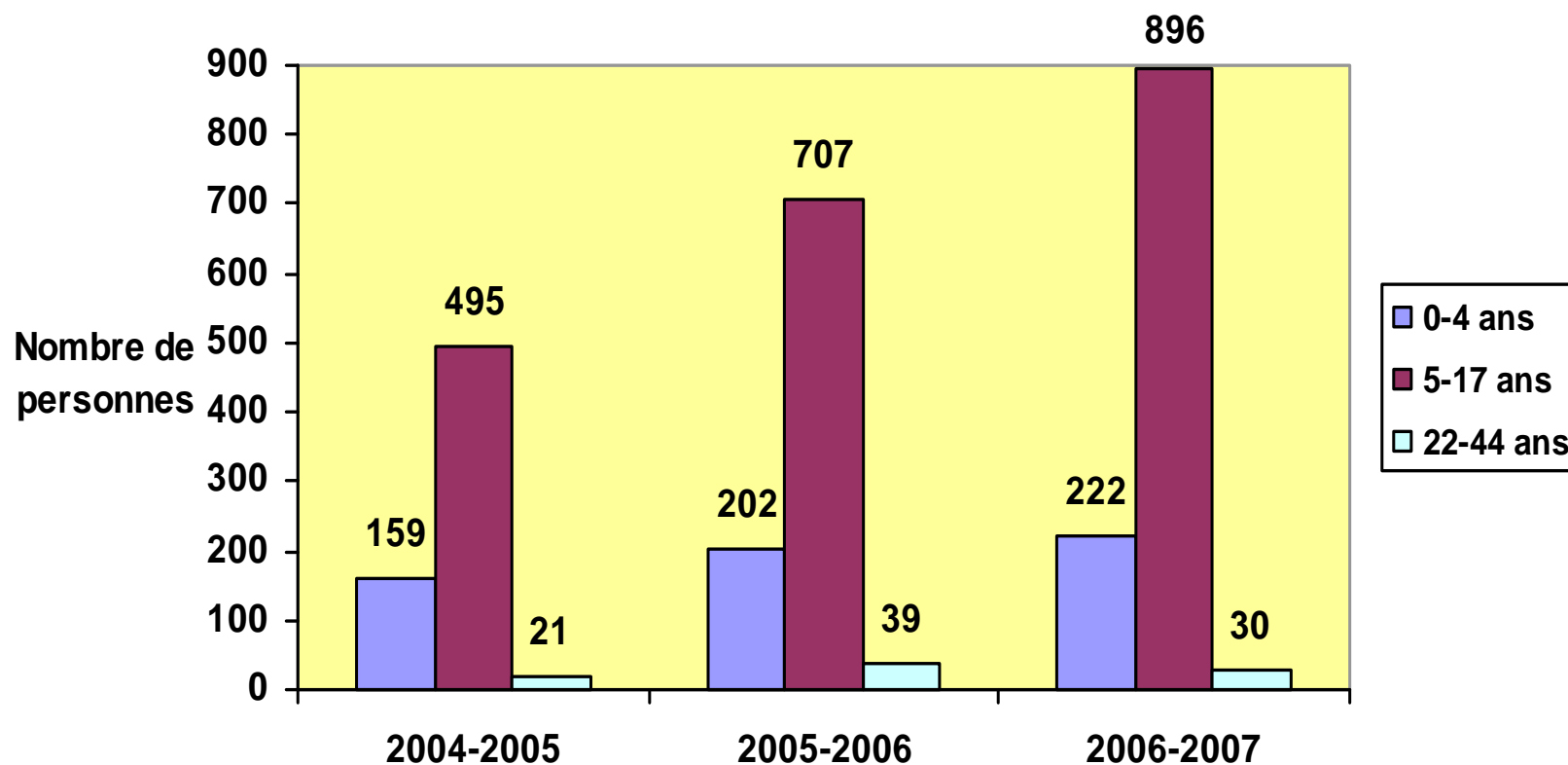
Figure 6 - Délai d'attente en mois de la clientèle TED pour un premier service selon l'âge (2007)



Source : Les indicateurs de gestion 2006-2007, FQCRDI, édition novembre 2007, p.52
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009



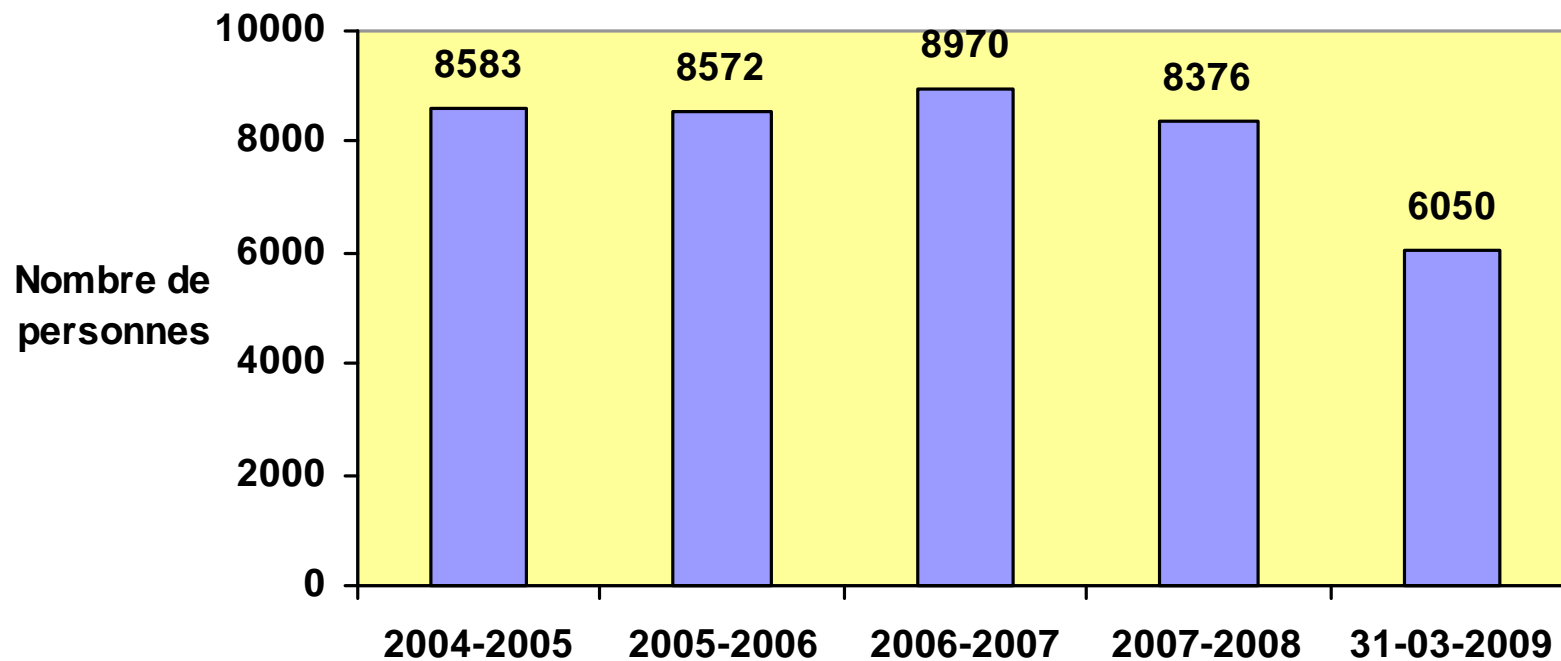
Figure 7 - Répartition de la clientèle TED en attente d'un premier service selon l'âge (2004 à 2007)



Source : FQCRDI, Les indicateurs de gestion 2004-2005, édition octobre 2005, p.76

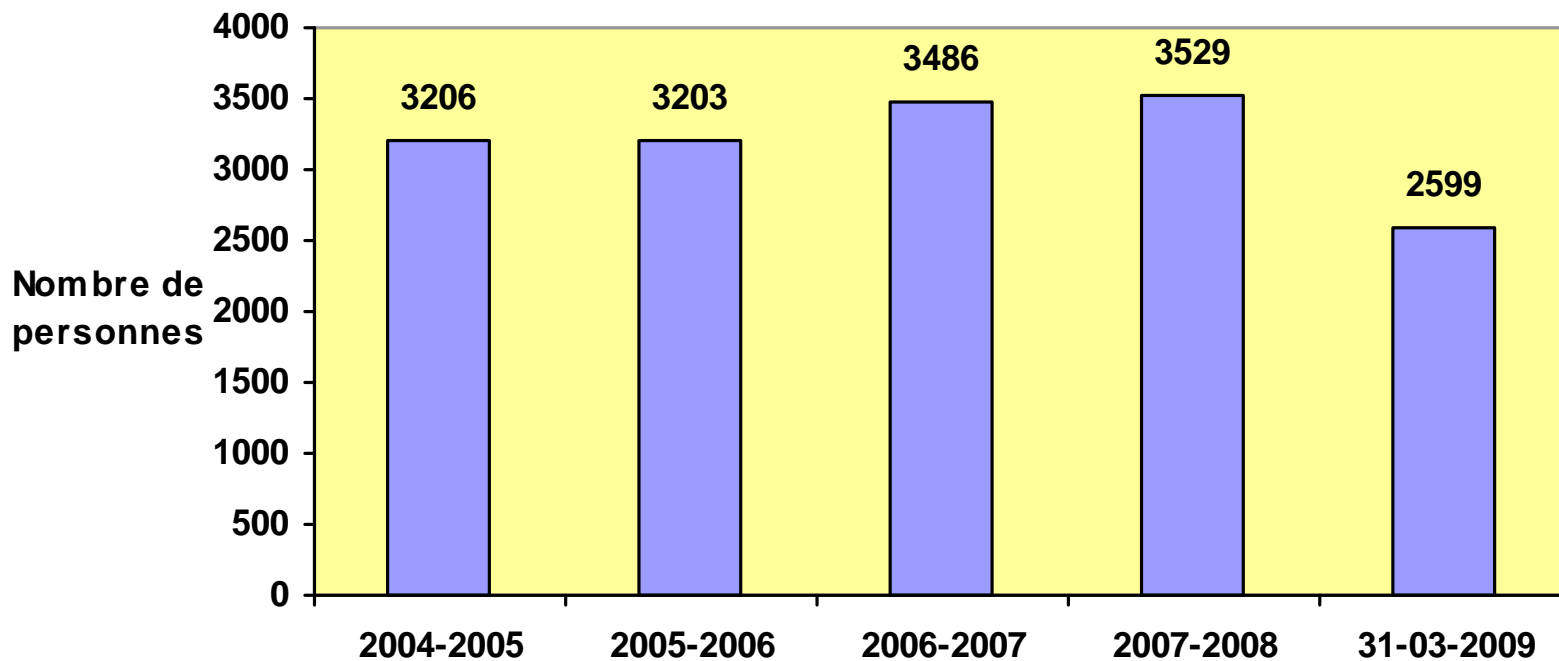


Figure 8 – Évolution de la clientèle DP en liste d'attente au 31 mars pour un premier service de réadaptation (2004 à 2008)



Source : AERDPQ, Synthèse des délais d'attente au 31 mars, 2004 jusqu'au 8 novembre 2008
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009

Figure 9 – Évolution de la clientèle DP 0-17 ans en liste d'attente au 31 mars pour un premier service de réadaptation (2004 à 2009)



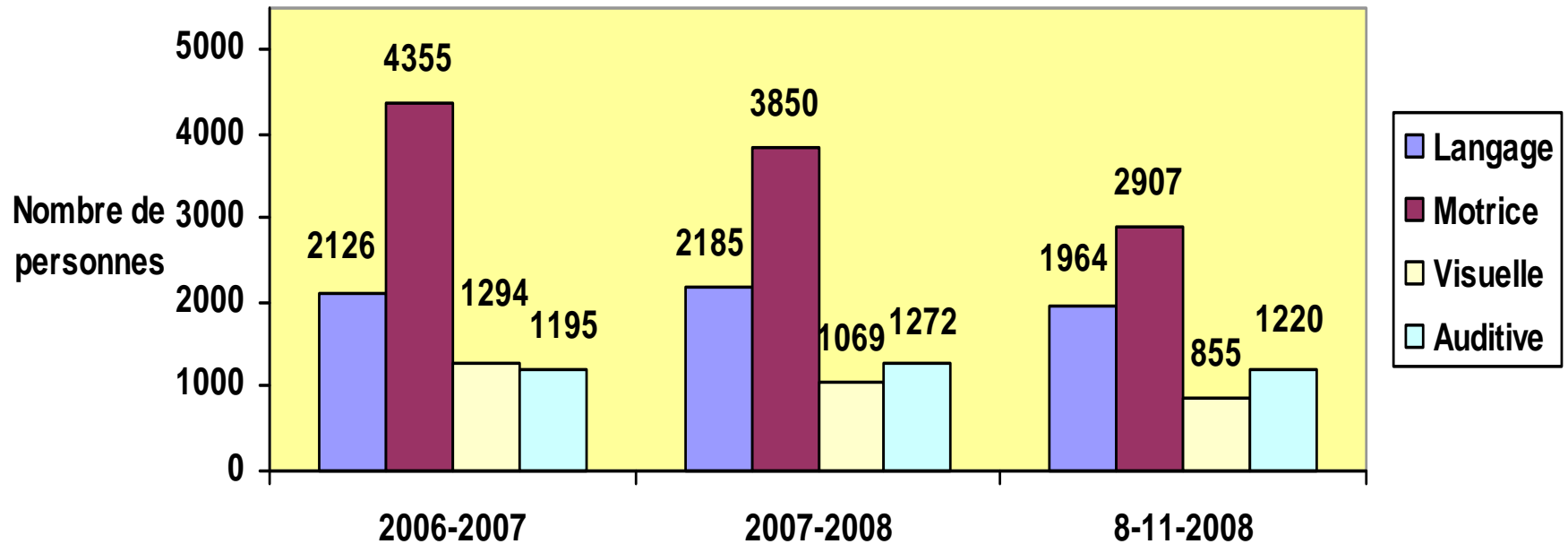
Source : AERDPQ, Synthèse des délais d'attente au 31 mars, 2004 à 2008
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009

Office des personnes
handicapées

Québec



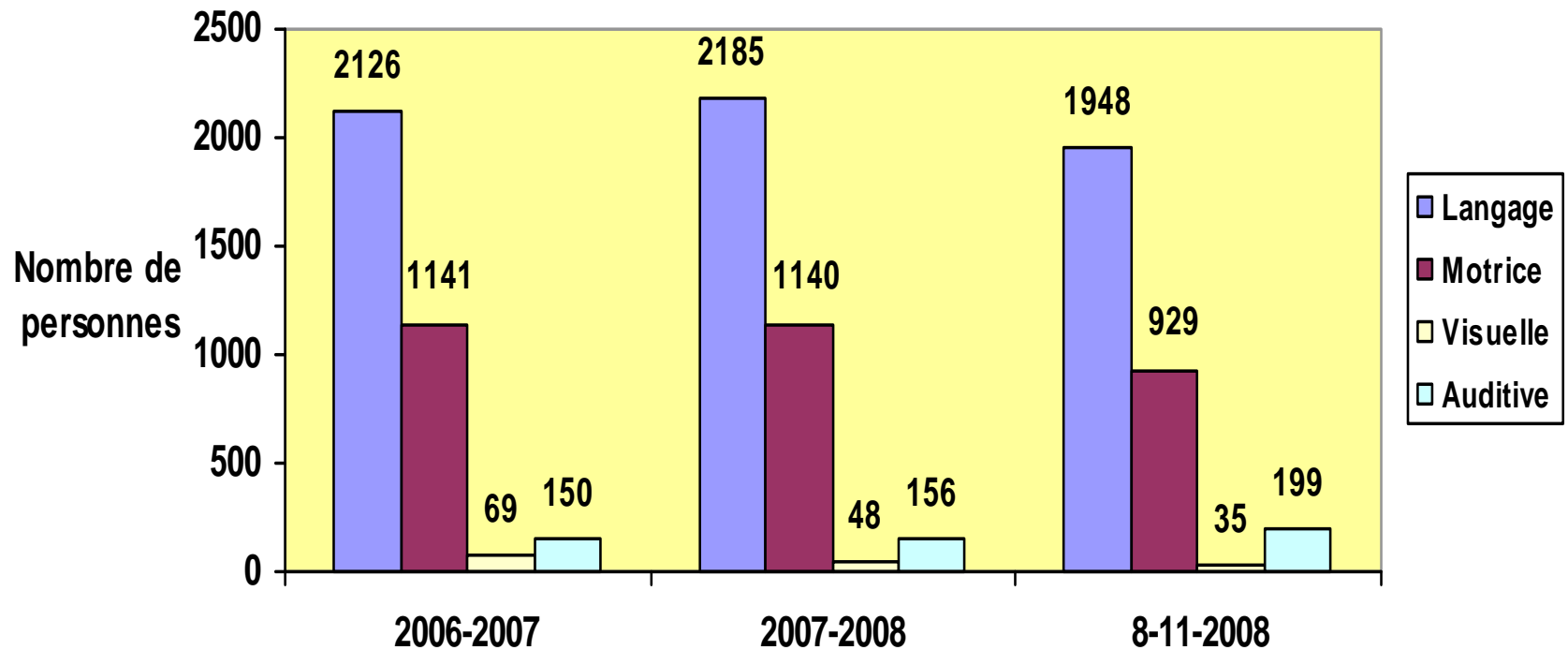
Figure 10 - Évolution de la clientèle DP en liste d'attente pour un premier service de réadaptation selon la déficience physique (2006 à 2008)



Source : AERDPQ, Synthèse des délais d'attente au 31 mars, 2006 à 2008
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009



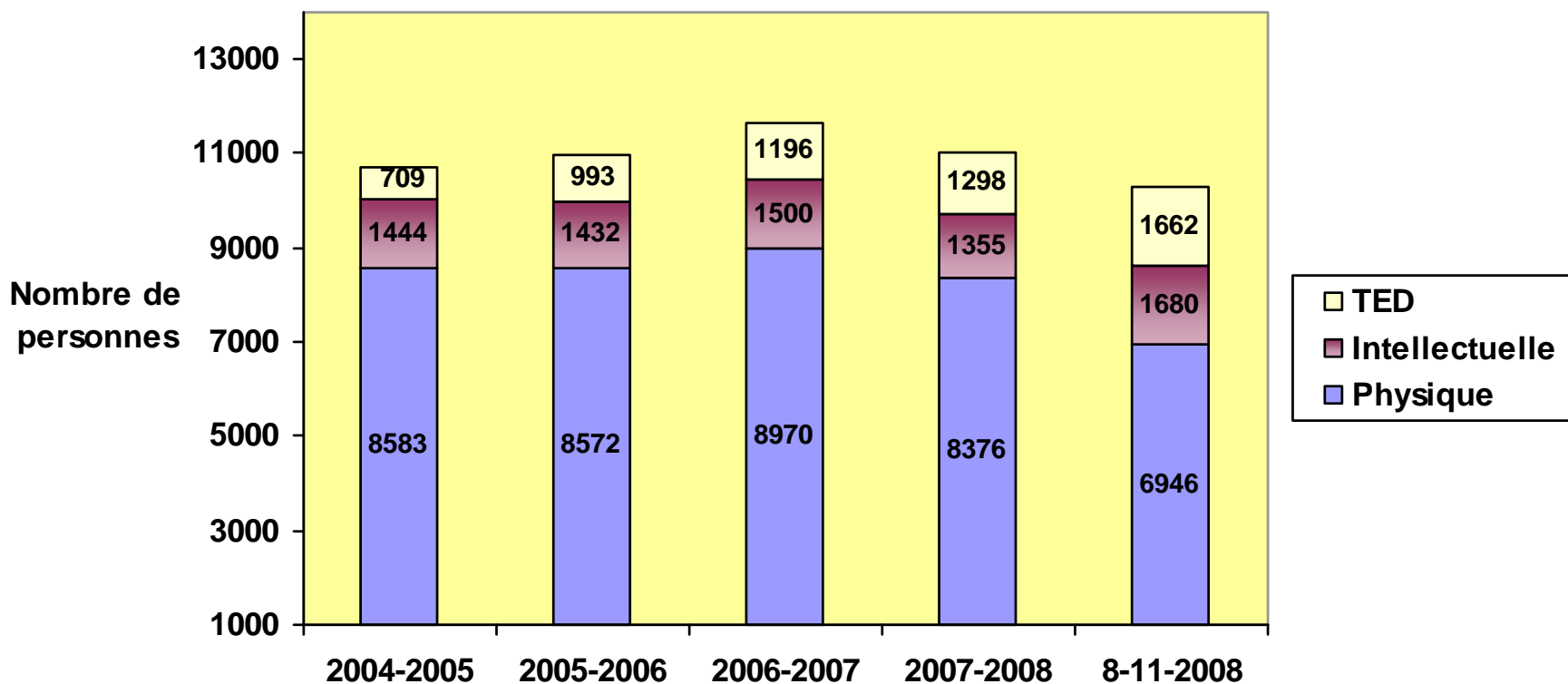
Figure 11 - Évolution de la clientèle DP 0-17 ans en liste d'attente pour un premier service de réadaptation selon la déficience physique (2006 à 2008)



Source : AERDPQ, Synthèse des délais d'attente au 31 mars, 2006 à 2008
Compilation : OPHQ, DICRO, 2009



Figure 12 - Évolution générale des clientèles en liste d'attente pour un premier service de réadaptation selon la déficience (2004 à 2008)



Source : FQCRDI, Les indicateurs de gestion 2006-2007, édition novembre 2007
 Source : AERDPQ, Synthèse des délais d'attente au 31 mars, 2003 à 2007
 Compilation : OPHQ, DICRO, 2009



Réflexion de l'Office sur les listes d'attente et les délais d'accès

- ▼ Le mouvement PHAS revendique un ensemble de mesures pour faciliter, voir garantir, l'accès aux services en matière de santé et de services sociaux
- ▼ Le mouvement PHAS s'inquiète de l'importance des listes d'attente
- ▼ Le conseil d'administration de l'Office est préoccupé par la question
- ▼ L'avis de l'Office au ministère de la Santé et des Services sociaux *L'accès aux services de santé et aux services sociaux* (mars 2007)

Les causes des listes d'attente et des délais d'accès

- ▼ **L'existence de listes d'attente est inhérente à la gestion du système. Le problème n'est pas les listes d'attente, mais les délais déraisonnables**
- ▼ **On peut identifier essentiellement trois causes aux listes d'attente :**
 - **Le manque de ressources financières**
 - **L'insuffisance de ressources humaines qualifiées**
 - **Une organisation des services perfectibles**

L'organisation et la gamme de services

- ▼ **La question de l'accès aux services ne s'arrête pas à celle des listes d'attente et des délais d'accès, mais concerne aussi toute l'organisation des services**

Contexte intéressant :

- **La mise en place de réseaux intégrés de services permettra sans doute de mieux définir les responsabilités des différents acteurs du réseau**

L'organisation et la gamme de services

(suite)

Défis :

- Il faut éviter le piège d'un continuum de services rigide dans lequel on juxtapose les services les uns à côté de ceux des autres
- Outre les éléments concernant l'organisation des services, on doit également s'assurer d'offrir l'accès au bon service au bon moment
- Il faut que l'offre de service puisse répondre à la diversité des besoins de la personne

Les balises pour guider les actions

- ▼ **Les listes d'attente sont une caractéristique du système, mais pas les délais déraisonnables**
- ▼ **Les balises pour guider les actions prioritaires :**
 - **Assurer l'intégrité de la personne**
 - **Assurer la sûreté de la personne**
- ▼ **Les droits à l'intégrité et la sûreté font partie des droits fondamentaux reconnus dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne**

Des services à prioriser selon l'avis de l'Office

▼ Recommandations de l'Office :

- Que l'État investisse significativement dans les services d'assistance personnelle et d'aide domestique
- Qu'il donne accès à des services de stimulation précoce adéquats à la petite enfance
- Qu'il investisse dans les services de réadaptation spécialisée
- Que l'État investisse significativement dans les services d'hébergement

Convergence avec le plan d'accès aux services et la proposition de politique

- ▼ **Soulignons qu'il y a convergence entre la réflexion de l'Office exposée dans son avis au ministère et le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience sur les critères de priorité (ne doit pas compromettre l'intégrité et la sûreté de la personne)**
- ▼ **Il en va de même avec la proposition de politique *À part entière***

La proposition de politique

- ▼ Dans la perspective de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et d'accroître leur participation sociale
- ▼ La proposition de politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* a été déposée au ministre responsable de l'Office le 17 décembre 2007

Bref rappel de la proposition de politique

- ▼ La proposition de politique comprend :
 - ❖ 3 grands défis, 11 priorités et 41 leviers
- ▼ Les 3 grands défis de la proposition de politique sont :
 - 1) une société inclusive
 - 2) une société plus solidaire et équitable
 - 3) une société respectueuse des choix et des besoins des personnes handicapées et de leur famille

Les trois grands défis de la proposition de politique

- ▼ **Pour une société inclusive, il faut :**
 - **Agir sur l'environnement**
 - **Agir en amont des situations**

Par exemple :

- **Les services courants répondent à la diversité des clientèles**
- **Les lieux sont accessibles à tous (accessibilité universelle)**

Les trois grands défis de la proposition de politique (suite)

- ▼ **Une société solidaire et plus équitable implique, entre autres :**
 - **Que les services et les équipements requis doivent être fournis (sans coût supplémentaire) aux personnes handicapées afin qu'elles puissent exercer leurs droits et assumer leurs responsabilités familiales et sociales avec et comme les autres membres de la société**

Les trois grands défis de la proposition de politique (suite)

- De renforcer la complémentarité et la coordination de l'ensemble des programmes et des services
- Réduire les iniquités selon la cause des incapacités, l'âge et la région

Les trois grands défis de la proposition de politique (suite)

- ▼ Une société respectueuse des choix et des besoins des personnes handicapées et de leur famille implique, entre autres :

Un changement de paradigme

- Passer de la prise en charge à l'accompagnement

Merci de votre attention!

Des questions?