



FÉDÉRATION DES PROFESSIONNELLES – CSN

*Impacts du déplacement de certaines
activités du Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau vers l'Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay de Montréal*

RAPPORT

Présenté par

MCE CONSEILS

Mai 2016



TABLE DES MATIÈRES

	Page
I MANDAT	1
1.1 CONTEXTE DU MANDAT	1
1.2 MÉTHODOLOGIE	1
1.3 LIVRABLE	2
II ÉTAT DE LA SITUATION ET ENJEUX	3
2.1 CONTEXTE ET ACTIONS LIÉS AU TRANSFERT DES PROGRAMMES	3
2.2 PRÉSENTATION DE L'INSTITUTION	4
2.3 PRINCIPAUX PROGRAMMES DU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU	4
2.3.1 <i>Programme des maladies évolutives</i>	5
2.3.2 <i>Programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral</i>	6
2.3.3 <i>Programme pour les personnes présentant une encéphalopathie</i>	7
2.3.4 <i>Programme pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur</i>	7
2.3.5 <i>Programme de réadaptation au travail</i>	8
2.3.6 <i>Programmes d'adaptation et d'intégration sociale</i>	8
2.4 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS ET INSTALLATIONS	9
2.5 VALIDATION FACTUELLE DE L'ÉTAT DE SITUATION	14
2.5.1 <i>Distance et trajet des usagers</i>	14
2.5.2 <i>Topographie environnante</i>	16
2.5.3 <i>Accès aux installations</i>	18
III METHODOLOGIE	20
3.1 CONSULTATION SUR LES ACTIVITÉS DU CRLB	20



IV RESULTATS ET ANALYSES.....	22
4.1 OPINIONS DES PROFESSIONNELS DU CRLB.....	22
4.1.1 <i>Impacts sur la clientèle</i>	22
4.1.2 <i>Prestation de services</i>	23
4.1.3 <i>Ressources humaines</i>	24
4.1.4 <i>Solutions alternatives</i>	24
4.2 CHEMINEMENT DE SERVICES ET POTENTIELS DE CASSURE.....	25
4.2.1 <i>Discontinuités au sein de la réadaptation sociale à la suite du transfert de certains programmes</i>	25
V PRINCIPAUX CONSTATS.....	27
5.1 LES DONNÉES FACTUELLES	27
5.2 L’OPINION DES PROFESSIONNELS.....	27
5.3 LES DISCONTINUITÉS AU SEIN DES CHEMINEMENTS DE SERVICES	28
ANNEXE A GUIDE D’ENTREVUE	29
ANNEXE B INTERVENTIONS PERTINENTES DES GROUPES DE DISCUSSION.....	31
ANNEXE C FICHES DE PRESTATION DE SERVICES	40



INDEX DES TABLEAUX

Page

TABEAU 1.	USAGERS DESSERVIS SELON LES PROGRAMMES-SERVICES	5
TABEAU 2.	ÉVALUATION DES PISCINES A PROXIMITÉ DU CRLB ET DE L'IRGLM	18
TABEAU 3.	PROFIL SOMMAIRE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION	20

INDEX DES FIGURES

Page

FIGURE 1.	RÉPARTITION DU DIFFÉRENTIEL DE DISTANCE À PARCOURIR POUR LES USAGERS DU CRLB POUR SE RENDRE À L'IRGLM.....	14
FIGURE 2.	ITINÉRAIRE ENTRE LE CRLB ET L'IRGLM	15



I

MANDAT

1.1 Contexte du mandat

La Fédération des professionnelles de la CSN (FP-CSN) a mandaté MCE Conseils pour accompagner le développement de l'argumentaire des professionnels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) dans le cadre d'un transfert anticipé de programmes de réadaptation sociale vers l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM).

MCE Conseils est un groupe multidisciplinaire au service des entreprises et des organisations en vue du développement social, économique et de l'emploi.

Selon les dires du syndicat, la partie patronale décidera au début juin 2016 si des activités seront transférées vers l'IRGLM, et le cas échéant, lesquelles le seraient. L'employeur a mis en place un système de consultation élaborée auprès des professionnels de l'IRGLM et du CRLB, des usagers et des partenaires. Les professionnels du CRLB ont cru, de leur côté, qu'il est nécessaire de tenir une consultation plus approfondie.

La situation est particulièrement problématique puisque les installations du CRLB sont situées dans l'Est de Montréal alors que les installations de l'IRGLM sont situées dans l'Ouest de Montréal. Ce transfert de programmes inquiète les professionnels quant à l'accessibilité de ceux-ci auprès d'une clientèle ayant comme caractéristique principale des enjeux de déplacement physique. L'accès à des installations nécessaires à la réadaptation et le changement de processus de prestation de services inquiètent également les professionnels du CRLB sur plusieurs points.

1.2 Méthodologie

L'objectif du mandataire est de dresser un portrait juste concernant les impacts sur les usagers du CRLB d'un transfert de programmes ou de certaines activités, ainsi qu'auprès des partenaires locaux et du personnel. Les courts délais accordés au mandat limitent toutefois le champ de consultation auprès des professionnels du CRLB. Afin d'éviter un biais de sélection des individus sélectionnés, nous avons validé la pertinence de certains enjeux centraux grâce à une entrevue individuelle auprès d'une chercheuse universitaire n'ayant aucun lien d'affaires ou d'emploi au CRLB ou à l'IRGLM, mais compétente dans la question de la réadaptation ainsi qu'auprès d'une revue de la littérature scientifique sur la question.

La collecte de données est effectuée par groupes de discussion auprès des professionnels du CRLB. Afin de compléter la compréhension des enjeux, une des études de cas a été produite par les professionnels du CRLB concernant des cas types de patients par programme. Ces études de cas seront utilisées afin d'identifier les situations où un transfert de programmes pourrait affecter le cheminement de services et de soins, dont les usagers bénéficient. Une présentation de données factuelles est aussi incorporée au rapport. Ces données proviennent de sources officielles ou de sources privilégiées au sein du CRLB. Enfin, une analyse sur le cheminement de services ainsi qu'une revue documentaire ont été réalisées sur les activités du CRLB. De grands constats ont ensuite été dressés à partir de l'opinion des professionnels.



1.3 Livrable

Ce rapport constitue le principal livrable du mandat. À la demande du mandataire, des présentations des résultats auprès des comités, assemblées ou personnes ciblées peuvent également avoir lieu.



II

ÉTAT DE LA SITUATION ET ENJEUX

2.1 Contexte et actions liés au transfert des programmes

La question de la fusion du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) a été entamée en 2011. Selon les dires de la directrice adjointe, Nathalie Charbonneau, une première réflexion a eu lieu en 2011 auprès des usagers et des employés afin d'assurer une « fluidité technique ».

En 2013, le *Rapport du Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC* présidé par le docteur Carol L. Richards recommande qu'« environ 1 700 patients additionnels devraient recevoir des services de réadaptation en externe ou en communauté faisant appel à un réinvestissement annuel d'environ 11 M\$ ». L'application de l'ensemble de ses recommandations permettrait d'économiser environ « 20 M\$ annuellement qui pourraient être utilisés pour favoriser le retour à domicile et la réintégration sociale en communauté des personnes ayant subi un AVC et pour soutenir leurs proches ».

C'est seulement à la fin avril 2014 qu'un communiqué de presse conjoint est publié par le CRLB, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) et l'Institut Raymond-Dewar (IRD) exposant les débuts d'une démarche conjointe et volontaire de fusion entre les trois établissements. Les objectifs d'optimisation des ressources financières y sont clairement identifiés, mais la fusion se veut aussi « une source d'opportunités nouvelles sur le plan de la main-d'œuvre » et d'enrichir et harmoniser l'offre de services des clientèles desservies par ces trois établissements.

L'adoption du projet de loi 10 visant à fusionner plusieurs établissements de santé au Québec accélère le processus. La voix des usagers siégeant sur le conseil d'administration du CRLB commence à se faire entendre en novembre 2015 où une lettre ouverte intitulée « Sauvons le Centre Lucie-Bruneau » est publiée en leur nom dans le quotidien *Le Devoir*. En décembre 2015, l'organisme communautaire Ex Aequo, le comité des usagers du CRLB, le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) ainsi que Québec solidaire réclament un moratoire sur les travaux préalables au déménagement du Centre Lucie-Bruneau.

Enfin, le 21 mars 2016, une pétition de l'Assemblée nationale lancée par le député Amir Khadir, de Québec solidaire réclame l'annulation du projet de transfert de programmes du CRLB vers l'IRGLM.

Les informations internes font état d'une consultation commandée par l'employeur auprès des employés du CRLB, de l'IRGLM et des usagers afin d'évaluer les impacts d'un éventuel déménagement. Le traitement des données de cette consultation se ferait au cours de la semaine du 16 mai, une proposition serait formulée au conseil d'administration le 24 mai et une décision serait communiquée à la coordination le 6 juin.



2.2 Présentation de l'institution

En 1951, la Maison Lucie-Bruneau (MLB) accueille ses premiers usagers. La MLB est avant-gardiste dans son mode de fonctionnement. La désinstitutionnalisation des personnes en situation de handicap est au cœur des priorités. L'objectif est de normaliser le cadre de vie des usagers. Bien qu'au départ il ne s'agissait que d'un lieu d'hébergement, des services se sont développés afin de faciliter l'intégration socio-économique des résidents. La MLB fusionne alors avec le Centre de réadaptation du Québec en 1978. Une nouvelle ère débute.

Si les années 1980 à 2000 ont profité d'une augmentation de l'offre de services, c'est la recherche et l'innovation qui a été intégrée au CRLB dans les années 2000.

En 2016, l'énoncé de mission du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau est :

« Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre aux personnes ayant une déficience motrice ou neurologique des services personnalisés, spécialisés et surspécialisés en adaptation-réadaptation, en intégration sociale, résidentielle et professionnelle; des services de soutien à l'intégration, d'aide et d'accompagnement aux familles et aux proches; ainsi que des ressources résidentielles alternatives, le tout dans le but de permettre leur participation sociale et maximiser leur qualité de vie.

De plus, le Centre s'engage à assurer le développement de la qualité des services et le soutien à l'innovation continue par l'enseignement, la recherche en adaptation-réadaptation et par l'évaluation des technologies et des modes d'intervention. »

Cet énoncé de mission fait clairement état de trois objectifs majeurs des activités du CRLB :

- ▶ La participation sociale des personnes ayant une déficience motrice ou neurologique;
- ▶ La maximisation de la qualité de vie des personnes ayant une déficience motrice ou neurologique;
- ▶ Le soutien à l'innovation continue;

L'historique et les façons de travailler au CRLB mettent également en lumière l'approche coopérative centrale entre les professionnels dans la prestation des services et entre les professionnels et la clientèle dans les programmes d'intervention.

2.3 Principaux programmes du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Les services du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau se divisent en 5 cliniques spécialisées et 10 programmes d'intervention. Chacune de ses cliniques spécialisées et chacun de ces programmes visent à répondre à un besoin de réadaptation sociale ou professionnelle spécifique auprès des personnes atteintes d'une déficience motrice ou neurologique menant à des incapacités significatives et persistantes. Les différents services sont en interrelation puisque les usagers seront parfois inscrits à plus d'un programme ou clinique à la fois.



Tableau 1. Usagers desservis selon les programmes-services

Programmes-services	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Déficits moteurs cérébraux	30 1,3 %	27 1,2 %	26 1,1 %
Traumatismes craniocérébraux	140 6,3 %	136 5,8 %	132 5,6 %
Maladies neuromusculaires	227 10,2 %	216 9,3 %	246 10,4 %
Myélopathies (blessures à la moelle épinière)	95 4,3 %	80 3,4 %	82 3,5 %
Lésions musculosquelettiques	44 2,0 %	47 2,0 %	58 2,5 %
Accidents vasculaires cérébraux	157 7,1 %	162 7,0 %	164 6,9 %
Adaptation professionnelle	254 11,4 %	275 11,8 %	296 12,5 %
Adaptation et intégration sociale	1278 57,4 %	1387 59,5 %	1363 57,6 %
TOTAL	2225 100,0 %	2330 100,0 %	2367 100,0 %

Note : un usager peut avoir été desservi par plus d'un programme-services.

Source : Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*.

Pour les clientèles du CRLB, quatre programmes ont été construits pour répondre aux besoins particuliers de six principaux ensembles de pathologies, représentant un total avoisinant 30 % des prestations de services directs. Ces programmes, à l'exception des clientèles adressées par le programme pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur, sont majoritairement destinés à une clientèle habitant l'Est de Montréal. Les 70 % restants sont attribuables aux programmes d'adaptation professionnelle (12,5 %) et aux nombreux programmes d'adaptation et d'intégration sociale (57,6 %). Les clientèles visées par ces programmes ont toutes des enjeux considérables en termes de fatigues et de besoins d'installations adaptées. Tous les programmes peuvent également compter sur deux réseaux de partenaires bien établis, soit le réseau hospitalier et le réseau communautaire.

2.3.1 Programme des maladies évolutives

La Clinique des maladies neuromusculaires est responsable de l'administration du programme des maladies évolutives (PMÉ). Les usagers de ce programme peuvent être atteints de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique, de la maladie de Parkinson ou de dystrophie musculaire, notamment. Ces pathologies sont aussi appelées *maladies neuromusculaires*. Ce programme représente environ 10,4 % des prestations de services du CRLB. Cette clientèle est



sujette à des troubles de fatigue, de concentration et de mémoire et parfois à de la démence. Dans les stades avancés, la clientèle a également des enjeux en termes de déplacement.

Le programme offre des services d'interventions, individuelles ou en groupe, permettant une aide au maintien à l'emploi, le développement de stratégies et d'outils de gestion de la maladie et l'enseignement de stratégies compensatoires. Le programme atteint aussi les proches en leur fournissant information, documentation et soutien. Le programme permet aussi un suivi médical facilité et une intégration à la communauté des personnes atteintes de maladies évolutives.

Au-delà des services de base, la Clinique des maladies neuromusculaires offre des services surspécialisés comme le suivi de dossier par une infirmière pivot, les traitements disciplinaires surspécialisés précis et ponctuels ou le soutien aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux n'ayant pas une expertise de pointe.

Les principes d'intervention reposent sur l'interdisciplinarité, l'utilisateur au cœur des interventions, l'orientation vers la gestion des symptômes et la mobilisation des ressources personnelles, notamment.

L'équipe d'intervention est composée d'un large éventail de professionnels, dont des éducateurs spécialisés, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des kinésiothérapeutes, des médecins, des psychologues, des neuropsychologues, des nutritionnistes et des orthophonistes.

2.3.2 Programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral

Selon la définition de la Société d'assurance automobile du Québec, « Le traumatisme craniocérébral (TCC) est un traumatisme causant une destruction ou une dysfonction du système nerveux intracrânien [...] [qui] provoque généralement un changement soudain de l'état de conscience dont la gravité et la durée sont variables (changement qui peut aller d'une confusion minime à un coma profond) ». D'autres symptômes associés au TCC peuvent être une paralysie partielle ou totale, des pertes d'équilibre, de la fatigabilité, de la difficulté de coordination des membres, diminution ou perte de la vue, de l'ouïe et/ou de l'odorat, diminution de la tolérance aux stimuli environnants, etc. La fatigue est considérée comme le symptôme le plus invalidant.

Le Centre Lucie-Bruneau mise sur un programme de réadaptation centré sur l'utilisateur et son environnement immédiat, modulé selon que le TCC soit léger ou modéré-grave. Le programme développe les capacités des usagers en visant une réintégration socioprofessionnelle dans un contexte d'intervention individuelle. Comptant pour environ 5,6 % de la prestation de services du CRLB, le programme offre aussi un soutien à l'intégration communautaire des individus ainsi qu'un soutien et de l'information aux proches et à la famille. Enfin, le programme mise également sur l'enseignement de mesures compensatoires aux limitations provoquées par le TCC.

L'équipe interdisciplinaire regroupe une palette de professionnels chevronnés : éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, kinésiothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, sexologues et nutritionnistes. Ceux-ci font des interventions dans le milieu de vie de l'utilisateur et au centre de réadaptation afin de gérer les symptômes du TCC et de mobiliser ses ressources personnelles.



2.3.3 Programme pour les personnes présentant une encéphalopathie

Dans le cadre des services et programmes du CRLB, le programme pour les personnes présentant une encéphalopathie s'adresse à deux types de clientèle en particulier : les personnes présentant des déficits moteurs cérébraux (DMC) et les personnes atteintes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ce programme compte pour environ 8 % des prestations de services du CRLB. Les symptômes de cette clientèle peuvent aller de la fatigue, des troubles d'orientation et d'équilibre, de la démence, de l'agitation, voire des convulsions et de l'épilepsie.

Le programme offre des activités et des thérapies de groupe ainsi que des interventions individuelles. Les proches sont aussi visés par ce programme puisqu'ils bénéficient de soutien et d'information. Les usagers bénéficient d'un soutien à l'intégration dans la communauté, développent leurs capacités et bénéficient de l'enseignement de stratégies compensatoires à leur handicap.

L'équipe interdisciplinaire administrant ce programme est composée d'éducateurs spécialisés, d'ergothérapeutes, de kinésiologues, de médecins, de neuropsychologues, de nutritionnistes, entre autres. Ceux-ci centrent leur intervention sur l'utilisateur et l'orientent vers une mobilisation des ressources personnelles de celui-ci. Le processus est considéré comme écosystémique.

2.3.4 Programme pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur

Le programme pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur s'adresse aux personnes atteintes de myélopathies¹ et de lésions musculosquelettiques. Ce programme compte pour environ 6 % des interventions du CRLB. Les symptômes de cette clientèle sont la douleur, les troubles de la posture et les enjeux au niveau de la mobilité. La paralysie partielle ou totale est aussi observée dans certains cas.

Pour les blessés médullaires, ce programme permet, à l'aide d'interventions individuelles et des activités de groupe, une amélioration de la gestion de la douleur et l'énergie. Le programme offre un support aux proches et permet une intégration de l'utilisateur dans la communauté. Dans le cas des usagers présentant des lésions musculosquelettiques, les mêmes services sont offerts. S'ajoute toutefois à ceux-ci l'enseignement de stratégies compensatoires. Ce programme a pour objectif d'optimiser l'autonomie de la personne et permettre l'intégration sociale par le développement des capacités, l'adaptation et la compensation. Les intervenants sont notamment appelés à faire des adaptations au domicile de certains clients, mais la plupart des interventions se font au centre.

L'équipe interdisciplinaire administrant ce programme est composée d'éducateurs spécialisés, d'ergothérapeutes, de kinésiologues, de médecins et de physiothérapeutes, entre autres.

Notons que ce programme est fortement associé à l'internat. De plus, il est celui qui a la plus grande probabilité d'être transféré à l'IRGLM selon les dires du personnel du CRLB. L'intégration des équipes de travail de ce programme entre l'IRGLM et le CRLB aurait progressivement débuté depuis deux ans.

¹ Les myélopathies regroupent l'ensemble des troubles à la moelle épinière, qu'ils découlent d'un accident ou d'une maladie.



2.3.5 Programme de réadaptation au travail

Dans l'objectif d'éliminer ou d'amoindrir l'impact d'obstacles environnementaux liés au travail ou aux études pour les personnes atteintes de limitations motrices ou neurologiques, le CRLB a développé le programme de réadaptation au travail (PRT). Le programme a aussi un volet *transition école vie active* visant à accompagner les jeunes de 18 à 25 ans vivant avec des limitations physiques ou neurologiques dans leurs démarches vers une vie active. La plupart des bénéficiaires du PRT sont traités par un autre programme en parallèle ou de façon préalable. Ce programme représente 12,5 % des prestations de services par année du CRLB.

Se basant sur une évaluation globale ou spécifique des capacités et aptitudes relatives au travail, le PRT offre plusieurs interventions en développement des capacités, en adaptation des postes de travail et en orientation professionnelle. L'utilisation de plateaux de travail est centrale à ce programme. Le CRLB est unique en son genre en termes de diversité et de niveau de qualité de ceux-ci. Les intervenants misent aussi sur des stages en développement des capacités pour la clientèle de ce programme. Enfin, un suivi et un maintien au travail sont assurés par l'équipe en collaboration avec l'utilisateur et le milieu de travail.

L'approche est basée sur l'interdisciplinarité de l'équipe d'intervention. Elle est centrée sur l'utilisateur et les facteurs pronostics et les interventions se font dans le milieu de vie des usagers et non seulement dans un cadre de simulation. L'utilisateur est mis à contribution par un processus d'autodétermination.

La clientèle de ce programme peut compter sur une équipe d'intervention composée de plusieurs professionnels tels que des conseillers d'orientation professionnelle, des éducateurs spécialisés, des ergothérapeutes, des kinésiologues et un psychologue. D'autres ressources peuvent aussi s'ajouter selon les besoins de l'utilisateur.

2.3.6 Programmes d'adaptation et d'intégration sociale

Les programmes d'adaptation et d'intégration sociale comptent pour plus de la moitié de la prestation de services avec 57,6 % des interventions.

Parmi ceux-ci, le plus important est l'aide sociorésidentielle visant le retour et le maintien des usagers à leur domicile. Dans certains cas, ceux-ci doivent bénéficier du Programme de soutien au loyer (PSL), administré par la Société d'habitation du Québec, lorsque nécessaire. C'est toutefois le Centre Lucie-Bruneau qui offre ce programme pour la clientèle vivant avec un handicap.

Parmi les autres programmes d'adaptation et d'intégration sociale, nommons la clinique d'accès aux aides technologiques, qui améliore la situation d'utilisateurs en situation de handicap lié à la communication, au contrôle de l'environnement, à la téléphonie ou à l'accès à un ordinateur. Le programme des aides techniques à la mobilité et à la posture vise à maintenir ou à améliorer la mobilité et la posture des personnes, notamment par l'entremise de fauteuils roulants. La Clinique Parents Plus permet aux parents en situation de handicap de limiter l'impact des limitations physiques ou neurologiques qu'ils subissent sur leur rôle parental. Enfin, le programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement s'adresse surtout aux personnes ayant subi un TCC et vise le développement et le soutien à la mise en place de stratégies de régulation des comportements.



2.4 Description des activités et installations

Cette sous-section du rapport a été préparée en étroite collaboration avec les professionnelles du centre de réadaptation. Elle permet de mettre en perspective les services offerts et les différentes facettes qui concernent les usagers et la prestation de services qui leur est offerte. Nous croyons que cette description devrait être partagée avec les gestionnaires cliniques de l'organisation locale.

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau est un centre dédié uniquement à la réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS), aussi connue sous le terme « phase 3 », ce qui signifie :

- ▶ Que l'expertise développée est entièrement dévolue à une étape précise de la réadaptation. Les ressources ne peuvent être réaffectées à d'autres priorités de l'organisation en matière de dispensation de services.
- ▶ Il est important que l'utilisateur prenne conscience qu'il est au début d'une nouvelle étape de son cheminement. Il s'agit d'une culture loin du contexte des soins médicaux et infirmiers se distinguant par une approche clientèle différente de par :
 - La nature des soins;
 - L'encadrement des services;
 - L'intensité et la fréquence des services;
 - L'environnement plus écologique (entre le réseau de la santé et la communauté immédiate)² qui permet d'éviter trop de déplacements.
- ▶ Que les échanges de nature interdisciplinaire soient riches amenant une progression chez l'utilisateur et empreints de collaboration parfois simultanée sur le terrain (interventions interdisciplinaires simultanées).
- ▶ Que le milieu soit motivant, renvoie à une image positive (plutôt que négative) de sa condition et qu'il conduise à l'adaptation.
- ▶ Que l'environnement immédiat du CRLB est propice à la réadaptation :
 - Cinq parcs avoisinants avec des caractéristiques de travail différentes (aspect de l'équilibre, dimension visuelle, endurance, sport et activité physique, jeux favorisant le développement neuromoteur);
 - Trois épiceries avec des caractéristiques propres en termes de stimuli de l'environnement;

² Environnement quasi écologique : installation communautaire adaptée : piscine, salle de conditionnement physique, gymnase (avec les activités usuelles), pistes cyclables (différents niveaux de difficulté, environnement urbain élaboré, etc.).



- Des pistes cyclables dans des secteurs peu achalandés comme très achalandés, tant pour la circulation automobile que le volume d'utilisation des cyclistes. Ces environnements sont nécessaires à la reprise graduelle de la pratique du vélo et de la conduite automobile;
 - Plusieurs traverses d'intersections au niveau de difficulté variable;
 - Routes très passantes avec bruits, permettant la désensibilisation au stress post-traumatique, et rues paisibles;
 - Possibilité de faire des circuits urbains très diversifiés;
 - Limite les déplacements, moins de pertes de temps.
- Que les installations sportives jouent un rôle majeur.
- **Le gymnase :**
- Apprentissage, sur les lieux mêmes de la réadaptation, de sports collectifs adaptés à la clientèle sous la supervision de professionnels qualifiés, et ce, durant la réadaptation avant un transfert dans un gymnase de la communauté (rôle du RAIS);
 - Lieu propice aux interactions interdisciplinaires avec la clientèle (physiothérapeute/kinésologue, ergothérapeute/kinésologue, Neuropsychologue/kinésologue, physio/ergo, neuropsych/physio, par exemple);
 - Grand espace avec plafond élevé pour pratiquer les exercices d'équilibre, de coordination globale, vestibulaire et de manipulations de ballons/balles/raquettes, etc. à l'intérieur d'un traitement de physiothérapie et de kinésilogie;
 - Matériel adapté en lien avec l'utilisation du gymnase (stimulation des fonctions tridimensionnelles, vélo avec adaptation, piste d'essai vélo, patin à roues alignées, street tennis, volleyball en fauteuil, basketball en fauteuil, etc.). Sert aussi à l'entraînement pour la conduite automobile;
 - La proximité des autres programmes offre la possibilité d'organiser des activités sportives (ex. : sport collectif) :
 - Donne une dynamique différente en raison du multihandicap;
 - Impossible à réaliser en raison du nombre (masse critique) si un seul programme;
 - Besoin d'un gymnase pour les saisons froides;
 - Ajoute la notion de plaisir, de collaboration, d'entraide et de dépassement.
 - Le gymnase est un espace d'évaluation au niveau neuromoteur;
 - L'éclairage est au néon et non au lithium avec la facilité de pouvoir les ouvrir et les fermer rapidement (relaxation, désensibilisation). Cette particularité est importante pour les usagers atteints d'hypersensibilité à la lumière;



- Il s'agit d'un gymnase simple avec des facilités pour contrôler les stimuli de l'environnement, exemple : bruits, l'écho, les déplacements. La clientèle TCC est sensible à l'hyperstimulation;
- Flexibilité au niveau des horaires, et de l'utilisation simultanée de plusieurs types de matériel (pas d'appareteur);
- En raison de la proximité de la salle de conditionnement physique, possibilité d'alterner le travail sur les appareils et le gymnase. Maximise les déplacements des clients et la durée de la séance. Par exemple, certains clients, dans les premières interventions, ne peuvent supporter que quelques minutes l'exposition au gymnase. La proximité des lieux permet aux professionnels d'alterner leurs interventions entre la piscine, le gymnase, la salle de conditionnement physique. Le déplacement dans un gymnase extérieur pourrait prendre 10 minutes, entraînant ainsi une perte de temps énorme.
- La proximité des lieux facilite la concertation entre les professionnels et les déplacements des usagers entre les différents services.

► **La salle de conditionnement physique :**

- La salle est déjà bien équipée et adaptée à la clientèle en déficience physique. Elle a des heures étendues d'utilisation sans nécessiter de déplacement pour les intervenants. Permet l'utilisation quotidienne aux fins des traitements de physiothérapie et de kinésiologie pour les exercices supervisés de musculation sur appareils et les exercices cardio-respiratoires pour plusieurs clientèles;
- La grande majorité des appareils possèdent des adaptations souvent peu apparentes (créer la normalité) qui donnent à cette salle un caractère unique, citée en exemple par les professionnels de plusieurs pays dans le monde;
- Allègement du poids de départ sur les appareils de musculation;
- Microgradation des charges;
- Installation aux appareils facilitée;
- Positionnement sur les appareils modifiés (maux de dos, cervicalgie, hémiplégie, etc.);
- Système d'allègement du poids corporel sur tapis roulant;
- Les appareils sont adaptés pour recevoir les fauteuils roulants (même électriques);
- Matériel d'appoint développé (bracelets pour difficultés de préhension, pédales adaptées, certaines gardes modifiées pour éviter les chutes et faciliter la motricité);
- Équipements de surveillance en lien avec l'appareillage;
- Défibrillateur sur les lieux;
- Accès rapide aux ressources médicales d'urgence (Code bleu);



- Espace de déplacement prévu entre les appareils en fonction des fauteuils roulants;
- Lits de type Bobath afin de faciliter les transferts pour le client ou pour le personnel clinique. Facilitent la supervision de certains exercices. Procurent un espace de travail intéressant;
- Matériel d'appoint nombreux et diversifié (planches d'équilibre, différents types de ballons et d'élastiques) qui est utilisé en simultanéité avec les appareils;
- Caractéristiques favorisant une sensation de retour à la normalité, mais aussi parce qu'elle est située dans un centre réadaptation, la clientèle est moins gênée (voire parfois honteuse) de sa situation pour reprendre l'activité physique. C'est une belle combinaison pour amorcer la réinsertion sociale.

► **La piscine :**

- Utilisation hebdomadaire par les physiothérapeutes et/ou les kinésologues pour compléter les interventions de réadaptation dans un milieu aquatique en individuel ou en groupe;
- Deux bassins de hauteurs différentes avec eau chaude et très chaude. Servent à optimiser les exercices d'étirement et la relaxation chez les personnes anxieuses;
- Milieu calme avec éclairage qui peut être tamisé pour les TCC avec hypersensibilité aux bruits et à la lumière;
- Travail de renforcement et cardio-respiratoire agréable pour les clients et utile pour augmenter l'endurance générale à l'effort;
- Équipements spécialisés déjà sur place, disponibles et très utilisés (spaghettis, palmes, planches d'équilibre, trottoirs flottants, vélos immersibles, différents types de matelas flottants, plusieurs modèles de vestes de flottaison, etc.);
- La piscine est légèrement moins profonde que les bassins conventionnels, ce qui favorise l'allègement du corps par rapport à la gravité avec suffisamment de contraintes pour reprendre contact avec cette réalité terrestre. Dans le petit bassin, il existe une pente graduelle avec des marches favorisant un travail de motricité non négligeable;
- L'eau chaude et l'environnement plus tempéré qu'une piscine conventionnelle favorisent un travail prolongé avec la clientèle avec un rythme plus lent ou même plus à la surface de l'eau. Le client est plus confortable et plus détendu. Ces conditions évitent de cesser l'activité parce que le client a froid;
- Bassins idéaux pour travailler la motricité en raison des dimensions, les profondeurs et les pentes très graduelles pour avoir accès aux parties plus profondes;



- La dimension de la piscine est idéale. Suffisamment grande pour favoriser les déplacements et les entraînements et assez restreinte pour favoriser la surveillance des exercices et offrir de nombreux points d'appui dans un espace délimité;
- L'accès à la piscine est facilité par des rampes d'accès, par des systèmes hydrauliques et même par un système sur rail;
- Vestiaire mixte;
- Les douches sont automatiques grâce à des détecteurs et sont à une température ajustée aux besoins de ce type de la clientèle. Les planchers sont antidérapants.

► **Plateau de travail**

- Plateau de travail suffisamment grand et équipé pour faire des mises en situation se rapprochant de la réalité quotidienne des usagers;
- Permet de micrograder les interventions pour évaluer et développer les capacités de travail;
- Évite les échecs et les pertes d'emploi si les mises en situation se déroulent dans le milieu réel;
- Permet l'élimination des préjugés et obstacles au retour au travail;
- Permet l'élaboration de recommandations à l'employeur dans le milieu de travail;
- Permet de faire des observations par l'ergothérapeute à différents moments de la journée en raison de la proximité des lieux;
- Permet de mettre en place un horaire respectant le niveau d'énergie du client (moins de déplacements avec les clients) et peut combiner l'entraînement physique en kinésiologie;
- Permet le partage des mises en situation et du temps clinique entre les ergothérapeutes et les éducateurs spécialisés (combinaison de deux programmes : PRT et TCC);
- Amène pour le client un sentiment d'être prêt au travail.



2.5 Validation factuelle de l'état de situation

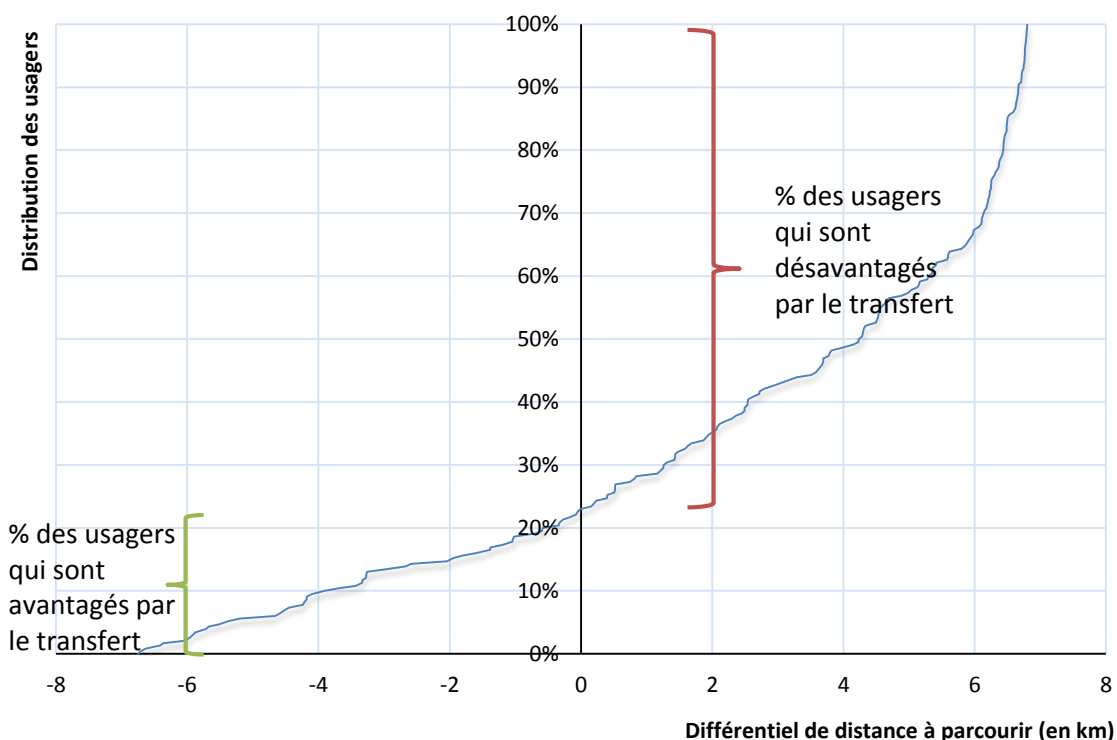
Les professionnels de Lucie-Bruneau ont soulevé certains enjeux par rapport aux impacts à la clientèle : la fatigue liée au temps de déplacements, les dénivellations autour de l'IRGLM et l'absence d'installations essentielles à l'IRGLM. Cette sous-section vérifie d'abord la pertinence de ces inquiétudes en s'appuyant sur des données objectives. Elle n'a toutefois pas l'intention de préciser l'impact pressenti sur la clientèle en termes de santé, mais soulève des inquiétudes quant à l'accès aux programmes par les usagers actuels.

2.5.1 Distance et trajet des usagers

L'institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal est situé à un peu moins de 7 km du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Des données sur les usagers nous ont permis d'évaluer qu'environ 25 % des usagers auront moins de distance à parcourir pour obtenir leur service à l'IRGLM. *A contrario*, c'est 75 % des usagers qui devront voyager plus longtemps, dont près de 30 % d'entre eux qui devront effectuer 6,7 km et plus pour se déplacer à l'IRGLM.

Cette situation est attribuable aux conditions d'admissibilité de la plupart des programmes qui prévoit que la majorité de la clientèle provienne de l'Est de l'île de Montréal.

Figure 1. Répartition du différentiel de distance à parcourir pour les usagers du CRLB pour se rendre à l'IRGLM

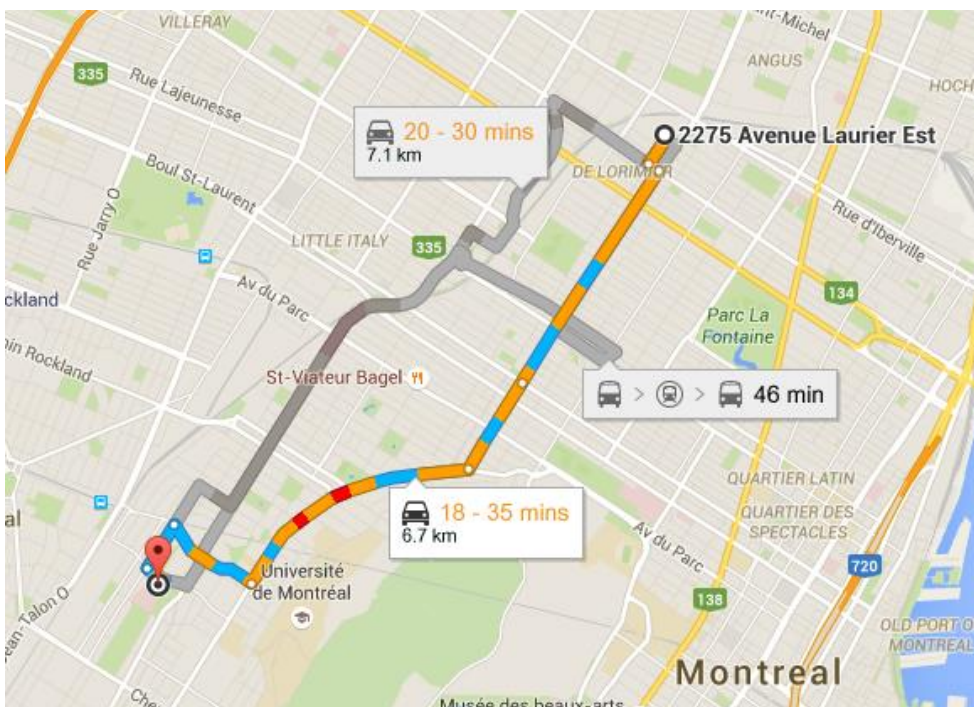


Traitement : MCE Conseils, à partir de données colligées.



Si cette distance semble faible, en région urbaine dense comme Montréal, elle peut se traduire en plusieurs minutes additionnelles de transport.

Figure 2. Itinéraire entre le CRLB et l'IRGLM



Source : Googlemap.com

Selon les estimations du service de repérage géographique Googlemap.com qui considère le trafic routier dans ses calculs, cette distance de plus de 6 km nécessite environ, pour l'aller-retour, entre une quarantaine de minutes et plus d'une heure supplémentaire en voiture pour s'y déplacer. En transport en commun, il faut plutôt compter une heure et demie supplémentaire par jour. Sachant que le voyage est un facteur de fatigabilité de la plupart des usagers du Centre Lucie-Bruneau, cette distance supplémentaire pourrait affecter négativement entre 30 % et 75 % des usagers actuels.

Cette distance affectera aussi le service de transport adapté qui devra parcourir une plus longue distance et pourrait donc devoir réduire son nombre de transports de personnes par jour si aucune ressource supplémentaire n'est ajoutée à ce service. Les sous-traitants de la Société de transport de Montréal en transport adapté sont rémunérés au déplacement et non à l'heure, ce qui pourrait mettre davantage de pression sur leurs épaules et pourrait engendrer des risques de négligence auprès d'une population vulnérable. De tels cas de négligence ont déjà fait l'objet de plusieurs articles d'actualité depuis 2014.

Enfin, si certains services et programmes sont transférés à l'IRGLM, plusieurs professionnels pourraient potentiellement être amenés à se déplacer entre les deux centres à raison de plusieurs fois par semaine.



2.5.2 Topographie environnante

Considérant que certains programmes de la réadaptation sociale nécessitent des activités à l'extérieur du centre de réadaptation, la topographie avoisinante est un élément déterminant dans la possibilité de faire des activités d'intégration sociale auprès des usagers. Un environnement riche en dénivellation fatiguera plus rapidement l'utilisateur qu'un environnement plat.

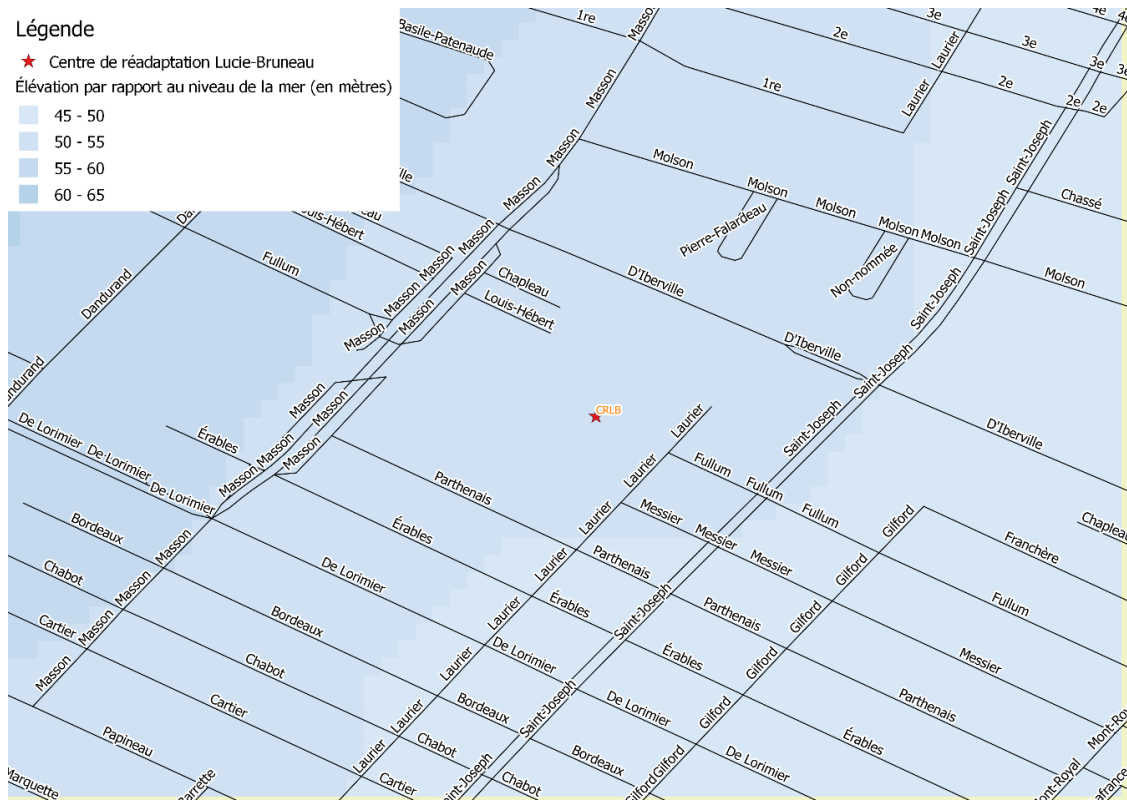
L'emplacement géographique du CRLB prévoit un espace avec très peu de dénivellation. Deux exceptions sont toutefois connues. La première est la voie passant sous le chemin de fer, sur la rue Saint-Joseph, se dirigeant vers l'Est. Cette voie est facilement évitable par les usagers. La deuxième, moins importante, est la côte qui va du Sud-Est de l'île de Montréal vers le Nord-Ouest. Par ailleurs, à cette hauteur, la dénivellation est faible et nous l'estimons à moins de 1 %.

ENCADRÉ 1. Dénivellation physique autour du CRLB

Laurier/Fullum : 51 m par rapport au niveau de la mer
4500 Fullum : 49 m par rapport au niveau de la mer
Dénivellation : 3 m
Distance parcourue : 350 m
Pente : 0,86 %

Légende

- ★ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Élévation par rapport au niveau de la mer (en mètres)
- 45 - 50
- 50 - 55
- 55 - 60
- 60 - 65



Traitement : MCE Conseils, à partir des données de Ressources naturelles Canada (2016).

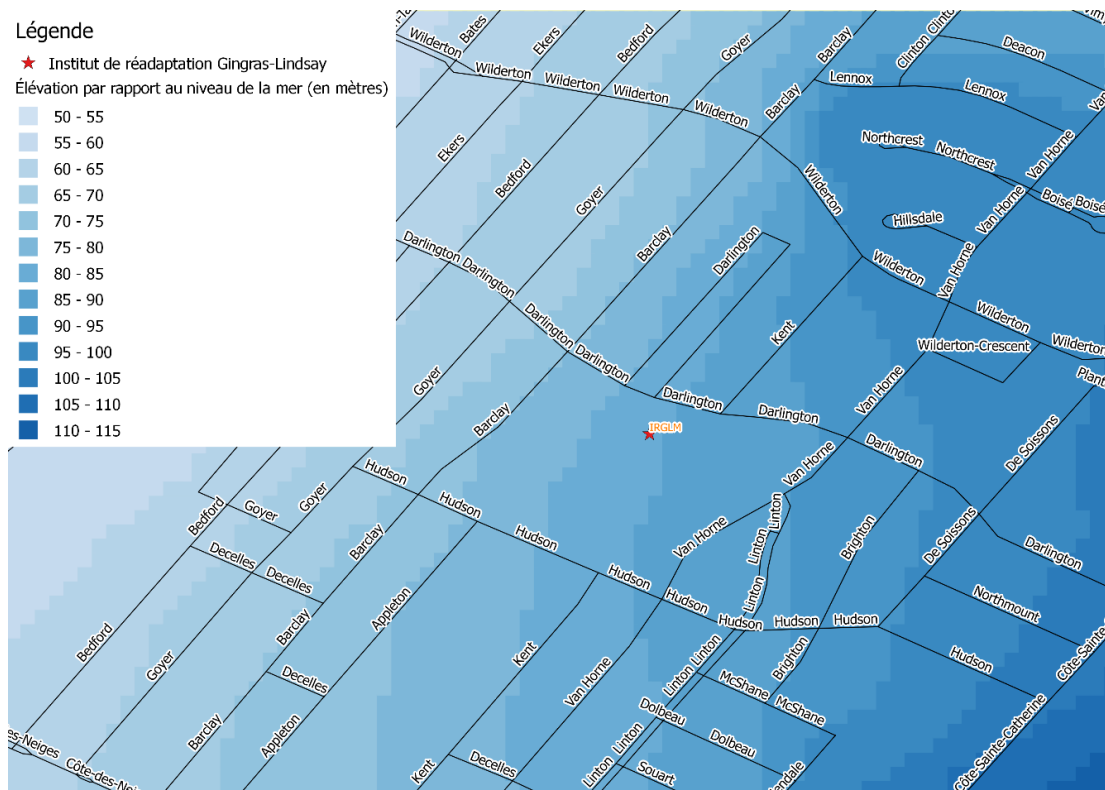
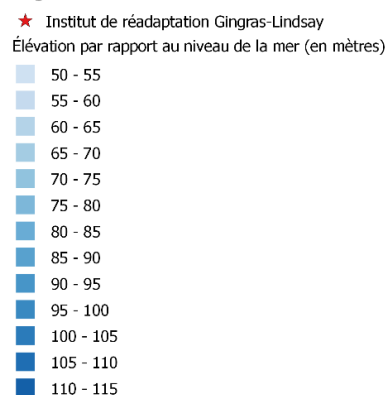


L'environnement entourant l'IRGLM, par ailleurs, est l'un de ceux, à l'échelle du quartier, ayant les plus grandes dénivellations de l'Île de Montréal³. Sur le segment de la rue Darlington, soit une longueur de 350 mètres, sur lequel se trouve l'Institut, nous estimons à près de 5 % la pente. Cette pente est comparable à celle des rampes d'accès adaptées pour les édifices.

ENCADRÉ 2. Dénivellation physique autour de l'IRGLM

Darlington/Barclay : 75 m par rapport au niveau de la mer
Darlington/Van Horne : 91 m par rapport au niveau de la mer
Dénivellation : 16 m
Distance parcourue : 350 m
Pente : 4,58 %

Légende



Traitement : MCE Conseils, à partir des données de Ressources naturelles Canada (2016).

En résumé, sur la base d'une comparaison topographique, il semblerait que le relief des alentours du Centre Lucie-Bruneau soit plus plat, ce qui serait un avantage quant à la tenue d'activités de réadaptation sociale par rapport à celui de l'Institut de réadaptation Lindsay-Gingras.

³ Les nombreux sens uniques du secteur peuvent également amener des problèmes de déplacements en voiture.



2.5.3 Accès aux installations

Selon les intervenants du Centre Lucie-Bruneau, plusieurs installations sont nécessaires à la tenue des programmes : piscine adaptée, gymnase, appareils de musculation adaptés et plateaux de travail. En plus des installations de réadaptation, un internat est présent sur les lieux du CRLB. Les logements qu'il abrite sont individuels et adaptés aux personnes en situation de handicap.

Grâce au *Répertoire des lieux de loisirs et de sports accessibles* du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, nous avons prélevé les évaluations de la piscine du CRLB. L'alternative ayant été proposée pour l'IRGLM étant la piscine du CEPsum, nous utilisons celle-ci à des fins de comparaison, malgré son absence sur le *Répertoire des lieux de loisirs et de sports accessibles*. Malheureusement, seules les piscines permettent une comparaison grâce à cette plateforme.

Tableau 2. Évaluation des piscines à proximité du CRLB et de l'IRGLM

	Piscine du CRLB	Piscine du CEPsum, près de l'IRGLM
ACCESSIBILITÉ	- Activités et services offerts aux personnes vivant avec une déficience - Contours de la piscine bien délimités - Entrée de plain-pied et sans entrave - Espace de circulation autour de la piscine - Mobilier urbain - Niveau de l'éclairage général - Personnel formé et sensibilisé à l'accueil, l'orientation et l'accompagnement - Signalisation - Vestiaires et toilettes Accessible aux fauteuils roulants manuels et électriques, aux personnes avec une déficience auditive et aux personnes avec une déficience visuelle	- Aucune information disponible sur l'adaptation des installations à une clientèle à mobilité réduite
EMPLACEMENT	À l'intérieur du CRLB	Au CEPsum, un déplacement de 8 minutes en voiture est nécessaire
USAGE PRINCIPAL	Activités de réadaptation de la clientèle du CRLB	Activités sportives et bains libres pour les étudiants de l'Université de Montréal

Source : *Répertoire des lieux de loisirs et de sports accessibles*, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.



Les professionnels ont également recours régulièrement à la piscine municipale intérieure du Centre communautaire du Plateau située à l'arrière des installations du CRLB.

Selon notre analyse, transférer la clientèle en réadaptation et intégration sociale à la piscine du CEPSUM entraînerait différents enjeux (voir Tableau 2.) :

- ▶ Des investissements seraient nécessaires pour assurer que les installations soient similaires à celles existantes au CRLB.
- ▶ Le temps de déplacement entre la piscine et l'IRGLM pourrait être une source d'inefficience et une perte de temps pour l'utilisateur et les professionnels.

La menace d'un conflit des usages entre les activités de réadaptation et les activités sportives de l'Université de Montréal est un risque important. Ce conflit d'usage risque de miner les services des étudiants de l'Université de Montréal comme de la clientèle en réadaptation.



III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Consultation sur les activités du CRLB

Le groupe de discussion est une méthode de recherche sociale privilégiée pour tenir compte de l'interaction entre les individus dans le cadre du traitement de concepts et de situations. Le contexte particulier d'interdisciplinarité du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau est propice à la tenue de tels groupes de discussion afin de traiter des enjeux et inquiétudes des professionnels sur la prestation de services auprès des usagers du CRLB. Cette méthode a été retenue au détriment du sondage en raison du temps limité à la disposition des mandants et de l'importance de la compréhension fine des enjeux. Notons qu'une consultation complète comprendrait la tenue d'activités similaires auprès des partenaires du CRLB ainsi qu'auprès des usagers.

Les groupes de discussion doivent favoriser la diversité des points de vue. Une liste de personnes intéressées a été dressée et un échantillon représentatif des programmes et professions présentes a été construit à partir de celle-ci. Lorsque des impacts négatifs du transfert de programmes étaient identifiés, les animateurs tentaient systématiquement d'identifier des méthodes alternatives visant à pallier à ces impacts et les soumettaient au groupe de discussion.

Deux groupes de discussion auprès des professionnels du Centre Lucie-Bruneau ont été tenus les 28 avril et 5 mai 2016. Les sujets abordés étaient divisés en quatre thèmes : les impacts du transfert des programmes sur les usagers, les activités et la prestation de services, les ressources humaines et la gestion. Considérant leur importance prédominante, les deux premiers thèmes ont été débattus pour une période plus importante que les deux derniers. Un court questionnaire a aussi été administré aux participants afin de connaître leurs caractéristiques socioprofessionnelles.

Tableau 3. Profil sommaire des participants aux groupes de discussion

Profession	N	Programmes	N
Éducateur spécialisé	3	Autre	1
Ergothérapeute	1	Encéphalopathie	1
Kinésiologue	3	Programme locomoteur	1
Neuropsychologue	2	Programme Maladies évolutives	4
Psychologue	1	Programme Retour au travail	2
Travailleur social	2	Programme Traumatismes crânocérébraux	3
TOTAL	12	TOTAL	12
Nombre d'années moyen d'expérience en santé		Nombre d'années moyen d'expérience à CRLB	
16,67		12,75	

Traitement : MCE Conseils.



Limites

Les intervenants dans de tels groupes de discussion sont autosélectionnés, c'est-à-dire que les individus les plus concernés par les enjeux traités sont surreprésentés dans de tels groupes de discussion.

Afin de valider certains éléments soumis par les professionnels de Lucie-Bruneau et d'amoindrir l'effet de ce biais, nous avons conduit une entrevue auprès de Julie Messier, Ph. D., kinésiologue et chercheure au Centre d'éducation physique et des sports de l'Université de Montréal (CEPSUM). Les principales questions relatives aux impacts sur la clientèle lui ont été adressées dans des cas de figure. La tenue d'une entrevue de contrôle permet de valider les symptômes des différentes pathologies présentées par les professionnels, les techniques de réadaptation existantes et les effets du transport sur les usagers. Enfin, la littérature scientifique sur le sujet a aussi été consultée afin de compléter certaines validations.



IV

RÉSULTATS ET ANALYSES

4.1 Opinions des professionnels du CRLB

Nous avons identifié quatre enjeux majeurs sous lesquels nous avons traité de thèmes précis. Nous traitons des constats issus des groupes de discussion. Les interventions pertinentes à ces sections sont présentées en Annexe B. Les éléments de validation externe issus de la littérature scientifique ou d'une ressource externe sont aussi élaborés.

4.1.1 Impacts sur la clientèle

- ▶ La distance à parcourir est une barrière importante pour les usagers en provoquant fatigue, stress et douleur. Une augmentation des temps de transport jumelée à l'important trafic entourant l'IRGLM pourraient amener une attrition importante des usagers, augmenter les risques d'accident et affecter la portée des programmes en réadaptation.

L'augmentation de la durée des transports pourrait amener une variabilité plus importante des retards des usagers. Ces retards sont un important facteur d'inefficience puisque les professionnels passent un temps important à restructurer leur horaire en fonction de ceux-ci.

- ▶ Le stationnement est un enjeu important pour certains usagers. Dans la perspective où il aurait une augmentation des coûts de stationnement entre les deux établissements, cela pourrait rebuter certains usagers ou les inciter à se garer loin, augmentant ainsi la fatigue et le stress associés aux déplacements.
- ▶ Les installations telles que la piscine, le gymnase, et les équipements de conditionnement physique sont primordiaux aux programmes de réadaptation du Centre Lucie-Bruneau. La réplique de ces installations à l'IRGLM semble impossible en raison du manque d'espace et des coûts importants que cela engendrerait.
- ▶ La réduction des lits en internat pourrait provoquer une pénurie de lits auprès de la clientèle lors des périodes d'achalandage plus élevées.
- ▶ Le milieu physique et socio-économique entourant le Centre Lucie-Bruneau offre de multiples occasions pour un usager pour faire des activités de réadaptation accompagnée :
 - L'absence de dénivellation importante;
 - la présence de nombreux parcs;
 - l'offre commerciale diversifiée;
 - la présence de rues résidentielles et de grands boulevards.



Le milieu enclavé et en pente de l'IRGLM ne permettrait pas de faire l'ensemble des activités de réadaptation.

- ▶ Certains usagers devront attendre plus longtemps avant d'obtenir une réadaptation sociale ou ils n'y auront plus accès. Parmi les conséquences énumérées, il y a :
 - un isolement des usagers;
 - l'impossibilité de retourner au travail ou aux études;
 - et la détérioration des problèmes de santé.

4.1.2 Prestation de services

- ▶ La clientèle du Centre Lucie-Bruneau qui provient de l'IRGLM ne constituerait pas la majorité des usagers qui fréquente le CRLB actuellement.
- ▶ Le modèle hospitalier opère selon l'approche de prescription par le médecin, c'est-à-dire que c'est ce dernier qui décidera du nombre d'interventions par exemple. Tout porte à croire que cela amènera des frictions entre les professionnels, médecins et gestionnaires. Ces frictions risquent d'engendrer des inefficiences dans le processus de prestation de services et limiter les services nécessaires à la réadaptation des usagers.
- ▶ Si les intervenants sont amenés à se déplacer davantage, le nombre d'usagers qui bénéficieront des programmes diminuera si de nouvelles ressources ne sont pas déployées. À terme, les coûts moyens par usager pourraient grandement augmenter en raison des coûts de déplacement et l'impossibilité de rencontrer le même nombre d'usagers par jour.
- ▶ Les transferts de programmes (ou de certaines activités) pourraient affecter de nombreux organismes partenaires et de nombreuses initiatives communautaires nés des opérations du Centre Lucie-Bruneau. La disparition de ces services pourrait amener une diminution de l'intégration sociale des usagers.
- ▶ Peu d'avenues pour améliorer la productivité sont possibles selon les professionnels du CRLB. Certains professionnels du CRLB croient qu'il est possible d'augmenter la productivité en réformant les tâches cléricales. L'impact de cette mesure sur l'efficacité du CRLB reste toutefois à déterminer.
- ▶ Les techniques de travail du Centre Lucie-Bruneau sont réputées mondialement. L'innovation dont a fait preuve le Centre est un élément de reconnaissance des pratiques exemplaires en réadaptation sociale. La disparition du Centre marquerait une perte de potentiel majeure en termes d'innovation en réadaptation sociale.



4.1.3 Ressources humaines

- ▶ Les professionnels du CRLB s'inquiètent grandement de l'impact de la réforme sur le travail interdisciplinaire. Ceux-ci croient que cet aspect est un facteur d'efficience dans leur travail et son altération pourrait amener une réadaptation plus longue ou créer une asymétrie d'information grandissante entre les professionnels sur différents cas. Cette interdisciplinarité est liée à l'emplacement commun des installations nécessaires au travail des professionnels.
- ▶ Plusieurs professionnels du CRLB ont clairement évoqué un départ ou une réorientation de carrière dans l'éventualité d'un transfert.
- ▶ Une inquiétude notable auprès des professionnels du CRLB est que l'intégration des services de la phase II (réadaptation fonctionnelle) et de la phase III (réadaptation axée sur l'intégration sociale) amène une disparition de cette dernière. Les débordements de la phase II et l'utilisation éventuelle de points de services pourraient amener les professionnels à se déspecialiser en rencontrant un éventail de clientèle plus grand. L'efficience de leurs interventions pourrait alors être moindre.
- ▶ Si le dernier constat s'avérait, les professionnels de Lucie-Bruneau seraient inquiets de la perte d'expertise en termes de réadaptation sociale développée au cours des années.
- ▶ La menace d'un transfert de programmes et les inquiétudes qui en découlent amènent certains professionnels du Centre Lucie-Bruneau à éviter de prendre des stagiaires.

4.1.4 Solutions alternatives

Une solution alternative a été soulevée par trois intervenants, mais ne fait pas l'unanimité des membres du comité consultés, car il y a des réserves à cet égard :

« Si on veut vraiment déménager, il y a un hôpital à deux pas qui se vide à quelques pas d'ici (Hôpital Notre-Dame). On pourrait amener l'IRGLM, l'Institut Raymond-Dewar (IRD) et Lucie-Bruneau, tous à la même place. Ça serait plus accessible pour l'IRD. Entre deux milieux hospitaliers, je préfère Notre-Dame à l'IRGLM. »

Les principales raisons soulevées sont :

- ▶ L'édifice est vide à la suite du déménagement des activités.
- ▶ L'emplacement est plus central que l'IRGLM.
- ▶ Les alentours de l'Hôpital Notre-Dame seraient plus propices à la réadaptation sociale.
- ▶ De permettre d'avoir les trois institutions sous un même toit, en lien avec les objectifs du CIUSSS.

Par ailleurs des enjeux restent :

- ▶ Les inquiétudes concernant l'élimination progressive des services de réadaptation sociale au bénéfice des services de réadaptation fonctionnelle demeurent.



4.2 Cheminement de services et potentiels de cassure

Nous avons fait préparer différentes descriptions de plans d'intervention au sein du cheminement de services offerts aux usagers du CRLB. Les objectifs recherchés par cette démarche étaient notamment de connaître les étapes menées dans le cadre de la réadaptation des usagers selon les programmes respectifs, et ce, en fonction des objectifs nécessaires pour atteindre la finalité de l'intervention déterminée en équipe interdisciplinaire.

Pour permettre aux usagers d'atteindre le niveau de réadaptation adéquat selon leurs conditions respectives, on observe auprès de l'équipe et des services qui sont offerts les aspects fondamentaux suivants :

- ▶ L'équipe de travail est synergique.
- ▶ Le cheminement de services est efficace; les membres de l'équipe déterminent ensemble le plan d'intervention, les objectifs réalistes sont fixés avec l'utilisateur et les interventions sont évolutives et adaptées en fonction des besoins de l'utilisateur afin d'atteindre la finalité.
- ▶ L'utilisateur est au centre des préoccupations pour les membres de l'équipe.
- ▶ Les membres de l'équipe sont à l'affût des meilleures pratiques de réadaptation.
- ▶ L'environnement de travail interdisciplinaire (pour la prestation de services) est très efficient de par sa configuration architecturale, sa localisation géographique et les partenaires de proximité.
- ▶ Par leur expertise et leur savoir-faire, les membres de l'équipe sont conscients des différentes actions mises en œuvre dans le plan d'intervention et de ce que cela implique : par exemple, plus d'interventions sur une base individuelle à domicile seront dispendieuses pour le CRLB que si cela est fait en groupe.

4.2.1 *Discontinuités au sein de la réadaptation sociale à la suite du transfert de certains programmes*

Des discontinuités dans les services ont été identifiées en lien avec les inquiétudes exprimées par les intervenants professionnels du CRLB. À partir des cas de figure soumis par ceux-ci et les enjeux qui ont été soulevés, voici la liste des risques associés qui pourraient affecter directement les usagers sur le cheminement de services :

- ▶ Cassure au niveau du suivi des usagers entre les programmes de RAIS (intrapase) s'ils ne sont pas regroupés dans un même établissement.
- ▶ Cassure à la suite de la démotivation des usagers pour la poursuite des activités de réadaptation en raison de la distance à parcourir.
- ▶ Cassure liée à l'inefficience résultant de l'augmentation du nombre de déplacements des intervenants au domicile des usagers.
- ▶ Cassure au sein de la quasi-totalité des programmes à la suite de la perte des appareils de conditionnement physique adaptés, essentiels pour les kinésithérapeutes.



- ▶ Cassure au sein de certains programmes (TCC, encéphalopathie, locomoteur, MNM) à la suite de la disparition des activités en piscine.
- ▶ Cassure au sein du programme de réadaptation au travail à la suite de la disparition des plateaux de travail.
- ▶ Cassure pour les usagers du programme locomoteur nécessitant une chambre en internat en période de surutilisation.
- ▶ Cassure au sein de certains programmes (TCC, locomoteur, MNM) à la suite de la disparition d'un milieu environnant favorable.
- ▶ Cassure au niveau du cheminement de services à la suite de l'augmentation de l'attente auprès des clientèles n'étant pas prioritaires comparativement à la clientèle de phase II, par exemple, les usagers atteints de TCC léger, de sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson.
- ▶ Cassure au niveau du développement des expertises et du transfert de connaissance en RAIS au sein des stagiaires.
- ▶ Cassure au niveau du maintien auprès des professionnels d'expérience amenés à diversifier leur clientèle et leur champ d'action.

Les descriptions de cheminement de services sont présentées en annexe : le lecteur est invité à les consulter.



V

PRINCIPAUX CONSTATS

5.1 Les données factuelles

- ▶ Une proportion importante de la clientèle du Centre Lucie-Bruneau augmentera considérablement le temps dédié aux déplacements.
- ▶ La topographie aux alentours de l'IRGLM pourrait amener des difficultés importantes auprès de la clientèle amenée à faire des activités à l'extérieur en raison des niveaux de dénivellations importantes.
- ▶ En termes d'installations, il n'existe pas de piscine adaptée aux gens en processus de réadaptation à proximité de l'IRGLM. Les informations disponibles ne permettent toutefois pas de statuer de l'existence de gymnases et d'appareils de conditionnement physique semblables entre les deux établissements⁴.

5.2 L'opinion des professionnels

- ▶ Le déménagement des programmes à l'IRGLM pourrait amener une hausse importante de l'attrition des usagers et conduire à des dépenses additionnelles à long terme pour les prendre en charge. Un exemple de dépense supplémentaire est le support économique des individus qui auraient pu retourner au travail, mais qui n'ont pas pu profiter d'une réadaptation en ce sens.

Les installations telles que la piscine, le gymnase et les équipements de conditionnement physique sont primordiaux aux programmes de réadaptation du Centre Lucie-Bruneau. La réplique de ces installations à l'IRGLM est impossible en raison du manque d'espace et des coûts importants que cela engendrerait.

- ▶ La réduction des lits en internat pourrait créer une pénurie de lits lors des périodes d'achalandage plus élevées.
- ▶ Le milieu physique et socio-économique entourant le Centre Lucie-Bruneau est plus propice à la réadaptation sociale que le milieu entourant l'IRGLM.
- ▶ La clientèle du Centre Lucie-Bruneau qui provient de l'IRGLM ne constituerait pas la majorité, ce qui est incohérent avec l'argument selon lequel le transfert de programmes optimiserait le continuum de services.

Les professionnels du CRLB ne veulent pas être transférés à l'IRGLM pour différentes raisons, notamment :

- Inconfort avec le modèle de gestion utilisé en milieu hospitalier;

⁴ L'ensemble des personnes contactées était unanime sur l'unicité du CRLB quant à ses installations adaptées.



- Distance à parcourir du domicile au travail;
- Inquiétudes quant à la perte de l'expertise développée en réadaptation sociale.
- ▶ Si les intervenants doivent se déplacer davantage en raison d'une hausse des services à domicile ou de l'utilisation de points de services, le coût global moyen des interventions augmentera ou encore la prestation de services en sera d'autant diminuée.
- ▶ Le transfert de programmes pourrait affecter de nombreux organismes partenaires et de nombreuses initiatives communautaires nés des opérations du Centre Lucie-Bruneau. Toutefois, certains devraient pouvoir continuer d'être partenaires des usagers avec succès.
- ▶ Une avenue à envisager est le déménagement des institutions de réadaptation sujettes à la fusion à l'Hôpital Notre-Dame qui offre un milieu environnant plus adapté. Une étude d'impact doit être produite pour évaluer les opportunités et les contraintes.

5.3 Les discontinuités au sein des cheminements de services

- ▶ Cassure au niveau du suivi des usagers entre les programmes de RAIS (intrapase) s'ils ne sont pas regroupés dans un même établissement.
- ▶ Cassure à la suite de la démotivation des usagers pour la poursuite des activités de réadaptation en raison de la distance à parcourir.
- ▶ Cassure liée à l'inefficience résultant de l'augmentation du nombre de déplacements des intervenants au domicile des usagers.
- ▶ Cassure au sein de certains programmes (TCC, MNM) à la suite de la perte des appareils de conditionnement physique adaptés, essentiels pour les kinésiothérapeutes.
- ▶ Cassure au sein de certains programmes (TCC, encéphalopathie, locomoteur, MNM) à la suite de la disparition des activités en piscine.
- ▶ Cassure au sein du programme de réadaptation au travail à la suite de la disparition des plateaux de travail.
- ▶ Cassure pour les usagers du programme locomoteur nécessitant une chambre en internat en période de surutilisation.
- ▶ Cassure au sein de certains programmes (TCC, locomoteur, MNM) à la suite de la disparition d'un milieu environnant favorable.
- ▶ Cassure au niveau du cheminement de services à la suite de l'augmentation de l'attente auprès des clientèles n'étant pas traitées à l'interne, par exemple, les usagers atteints de TCC léger, de sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson.
- ▶ Cassure au niveau du développement des expertises en RAIS au sein des stagiaires.
- ▶ Cassure au niveau du maintien auprès des professionnels d'expérience amenés à diversifier leur clientèle et leur champ d'action.



ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE

Fiche d'entrevue des professionnels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Tour de table - Présentation des membres du groupe de discussion
Préambule sur le projet du CIUSS de transfert de programmes
Questions sur leur compréhension du contexte
A) Impacts sur la clientèle
Impact de la distance sur la fatigabilité
Impact de la distance sur la présence aux activités de réadaptation
Impact de la distance sur le niveau de réadaptation atteint
Avantages d'être en contact avec un milieu social similaire à celui entourant le CRLB
Désavantages d'être en contact avec un milieu social similaire à celui entourant le CRLB
Avantages d'être en contact avec un milieu social similaire à celui entourant l'IRGLM
Désavantages d'être en contact avec un milieu social similaire à celui entourant l'IRGLM
Avantages pour les usagers de la proximité des professionnels
Déterminer la distinction entre l'IRGLM (phase II) et le CRLB (phase III) pour les usagers
Comment peut-on améliorer l'offre de service à CRLB
Quels services ne pourront plus être offerts lors d'un transfert à l'IRGLM? Pourquoi?
Existe-t-il des alternatives à cette prestation de services qui ne sera plus offerte?
Quels seraient les impacts sur le continuum de services dans un contexte où l'IRLG prend en charge des usagers?
B) Opérations
Connaître l'importance des installations dans la prestation du service
Existe-t-il des alternatives aux installations du CRLB?
Quels sont les impacts bénéfiques d'une intégration des services de phase II et de phase III?
Quels sont les impacts négatifs d'une intégration des services de phase II et de phase III?



Fiche d'entrevue des professionnels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Connaître les éléments les plus prépondérants dans la réussite des plans d'intervention
Connaître les principaux avantages de l'équipe interdisciplinaire en phase 3
Connaître les éléments qui peuvent être améliorés dans la prestation du service
Connaître les points forts et faibles sur la dynamique de la clientèle qui se côtoient au CRLB
Connaître les impacts sur la mise en œuvre d'équipe distribuée sur le territoire
Déterminer le rôle des partenaires commerciaux sur les usagers
Déterminer le rôle des partenaires communautaires sur les usagers
C) Ressources humaines
Connaître les impacts de la relocalisation sur l'organisation du travail
Impact du déménagement sur la continuation de l'emploi
Impact du déménagement sur le volet éducationnel (stages)
Impact du déménagement sur la motivation générale des employés
Incidences du déménagement sur le développement professionnel global de la main-d'œuvre
Connaître l'importance du rôle de développement et de recherche scientifique de CRLB
D) Gestion
Rôle des gestionnaires dans la prestation des services
Environnement administratif et services auxiliaires
Niveau d'efficience des gestionnaires dans l'acceptation des services complémentaires
Distinction entre le volet médical et le volet réadaptation
Forces et les points à améliorer des gestionnaires



ANNEXE B

INTERVENTIONS PERTINENTES DES GROUPES DE DISCUSSION

B.1 Impacts sur la clientèle

La distance à parcourir est une barrière importante pour les usagers et provoque fatigue, stress et douleur. Une augmentation des temps de transport jumelée à l'important trafic entourant l'IRGLM pourraient contribuer à une attrition importante des usagers, augmenter les risques d'accident et affecter la portée des programmes en réadaptation.

Opinion des professionnels du CRLB :

« En TCC, nous avons une clientèle qui est extrêmement fatigable. Déjà, juste venir ici, il faut étaler les heures de traitement, parce qu'ils ne sont pas en mesure de le faire, parce qu'ils sont déjà fatigués. Donc, s'en aller là-bas, c'est déjà plus difficile [...]. S'ils ne peuvent plus venir parce que c'est trop difficile, ils vont arrêter de venir, ou il va falloir diminuer la durée et le nombre des rencontres. C'est la clientèle qui va être pénalisée. »

« Pour la sclérose en plaques, le problème numéro un, c'est la fatigue. Ce matin, il y avait une personne atteinte de sclérose en plaques. Elle était 20 minutes en retard à cause de la gestion de la clientèle en transport adapté : une heure et vingt de transport pour faire quelques kilomètres. Ce que ça donne, c'est que notre équipe perd beaucoup de temps à gérer des horaires parce que nous avons de faibles fenêtres de disponibilités. Et ces pertes de temps, je vois ça exploser dans un contexte de transfert de programmes. [L'exemple cité plus haut] est le type de la clientèle qui ne viendra plus. On écarte cette clientèle qui n'est pas quantifiable, car ce sont des gens qui ne travailleront probablement plus, qui vont rester chez eux et qui vont se déconditionner. À la fin, ils vont se ramasser à l'hôpital. »

« Le transport adapté demande toujours une espèce d'équilibre et d'énergie. Déjà qu'il y a la maladie qui émet de la douleur et qui affecte l'énergie, c'est doublement demandant de prendre le transport adapté. »

« J'ai l'exemple d'un monsieur qui arrivait ici en transport adapté. Je ne pouvais commencer immédiatement avec lui, car il fallait qu'il se calme, parce qu'il devenait agressif pendant le transport. Ça prenait environ une demi-heure. Après cela, il restait environ trente minutes de travail. Tout ça pour une longue distance et beaucoup de frustration. »

« Les gens arrivent, ils sont fatigués et non disponibles. C'est complètement à l'encontre du plan d'intervention qu'on leur fait. On leur demande de gérer leur énergie, d'organiser leur agenda de façon à ce qu'ils aient beaucoup d'énergie. Mais là, ça va être tout le contraire : on augmente les déplacements, les gens vont nous arriver épuisés, on ne pourra rien faire. Pour éviter d'avoir à se déplacer plusieurs fois par semaine, ils vont remplir leur agenda du matin jusqu'au soir, ils vont mettre leurs rencontres une après l'autre et ils vont récupérer le reste de la semaine. Moi j'ai des clients qui m'ont clairement dit que si les programmes déménagent à l'IRGLM, qu'ils n'iront pas. »



Validation externe :

1. « Une heure de déplacement, c'est déjà trop. Je n'ose même pas imaginer ce que pourrait être une heure et demie. Pour ceux qui conduisent, ça demande une attention et une capacité de concentration qui peut carrément les mettre à risque de développer une fatigue mentale. Si c'est du transport en commun... être debout dans l'autobus, ou attendre assis, avec les arrêts et les départs... ça peut amener beaucoup de fatigue. Selon moi, c'est une entrave. Je ne dis pas que ça va annuler tout l'effet du traitement, mais l'impact serait significatif. De mon point de vue, c'est certain que si ça prend une heure de transport, c'est déjà difficile, si ça prend une heure et demie, c'est assez inconcevable considérant la situation dans laquelle ces gens-là se trouvent. »

Julie Messier, kinésiologue et chercheure au CEPSUM.

L'augmentation de la durée des transports pourrait amener une variabilité plus importante des retards. Ces retards sont un important facteur d'inefficience puisque les professionnels passent un temps important à restructurer leur horaire en fonction de ceux-ci.

« Le transport adapté fonctionne sur l'ensemble de l'Île de Montréal. Le Centre Lucie-Bruneau est géographiquement central à l'Île de Montréal. L'IRGLM, ce n'est pas central à l'Île de Montréal. Déjà que notre clientèle de l'Est peut avoir d'importants retards, jusqu'à 2 h, liés aux conditions météo, ajoutons à cela l'important trafic autour de l'IRGLM que nous n'avons pas ici, les impacts peuvent rapidement devenir importants. »

« Notre clientèle est désorganisée. C'est sûr que les changer d'endroit, on vient d'en mêler une bonne partie. »

Validation externe :

1. « Les retards, c'est une réalité avec laquelle je compose lorsque j'accueille des personnes atteintes de Parkinson, notamment lorsqu'elles se perdent en venant au CEPSUM, dans le cadre de mes travaux de recherche. Par ailleurs, je ne peux pas me prononcer sur les services de transport adapté. »

Julie Messier, kinésiologue et chercheure au CEPSUM.

Le stationnement est un enjeu important pour les usagers. Les personnes en situation de handicap se retrouvent souvent en précarité financière. Dans la prémisses où, l'augmentation des coûts de stationnement entre les deux établissements pourrait rebuter certains usagers ou les inciter à se garer loin de l'Institut, augmentant ainsi la fatigue et le stress associé aux déplacements.

« Souvent, il y a des clients qui vont tourner beaucoup autour du centre pour essayer de trouver des stationnements avoisinants parce que 8 \$, c'est déjà beaucoup pour eux. »

« Pour nous, ce n'est pas la majeure partie de ma clientèle, mais parmi ceux qui viennent en voiture, il y en a beaucoup qui sont à faible revenu. Alors si le stationnement est de 15 \$ et qu'on leur demande de venir deux fois par semaine, alors c'est fini, ils ne viendront plus. »

« Déjà à 8 \$, le stationnement pose problème, les usagers calculent leurs déplacements en fonction de ça, ils essaient de développer des stratégies pour se stationner plus loin. »



Validation externe :

Le tarif de stationnement varie entre 6 \$ (jusqu'à 90 minutes) et 18 \$ (plus de 180 minutes).

(Source : <http://www.irglm.qc.ca/fr/services-clientele/commodites.php>, mai 2016)

Les installations telles que la piscine, le gymnase et les équipements de conditionnement physique sont primordiaux aux programmes de réadaptation du Centre Lucie-Bruneau. La réplification de ces installations à l'IRGLM est impossible en raison du manque d'espace et des coûts importants qu'ils engendreraient.

« L'IRGLM est bien équipé pour les patients de phase II, notamment au niveau des prothèses. Mais ils ne sont pas équipés pour la phase III. Les plafonds des gymnases ne sont pas assez hauts pour mettre un système de rail, ils n'ont pas de piscine adaptée. »

« Les données probantes le prouvent. C'est l'activité physique qui permet la réadaptation. Ça prend des installations, une piscine, ce n'est pas un luxe. »

« Au niveau de la piscine, ce qui a été proposé est un spa pour deux personnes à l'Hôpital Ste-Justine. Ce n'est pas l'équivalent de ce que l'on a ici, c'est beaucoup trop petit pour nos interventions. Et même si on va dans une piscine publique, on ne sera pas flexible sur les horaires, on va avoir de la lumière au lithium, ce qui veut dire que l'on ne pourra pas régler l'éclairage pour les personnes sensibles à la lumière, on ne pourra pas régler la température de l'eau, on n'aura pas nécessairement des lève-personnes pour les personnes tétraplégiques, on n'aura pas les équipements d'appoint que l'on a développé. »

« Si on prend la salle de conditionnement physique, tous les appareils sont adaptés. Chose qu'ils n'ont pas à l'IRGLM. Là-bas ils ont des gymnases, mais c'est des salles plus petites qu'ici avec 2-3 appareils qui ne sont pas adaptés. Ici, nos appareils sont adaptés en termes de microcharge de poids, en termes d'angulation pour les articulations, pour les éléments de préhension (sic) et en termes de déplacement entre les installations. Des représentants de l'Allemagne et du Japon venaient ici les photographier pour s'en inspirer parce qu'ils disaient que c'est exceptionnel pour la réadaptation. Ce sont des outils de travail que j'utilise tous les jours. Cette salle ne pourrait pas être reproduite à l'IRGLM, car ils n'ont pas l'espace nécessaire : l'aménagement coûterait beaucoup trop cher, défoncer les murs et faire l'accessibilité. Il y a environ 50 appareils. Pour les adapter, ça prend des devis d'architecte et d'ingénieur, donc les adapter, ça prend environ 12 000 \$ chacun. Ajoutons les vestiaires adaptés et l'éclairage adapté aux clients qui souffrent d'hypersensibilité à la lumière, on parle facilement de plusieurs millions. »

« Au gymnase, il y a les sports collectifs qui regroupent plusieurs clientèles qui permet [de socialiser, de se mélanger], et ça, c'est vraiment un succès. »

« On a des gens qui habitent à l'internat. Quand ils vont à la piscine, c'est déjà tout un "setting". Et ils n'ont qu'à traverser, mais ils doivent mettre leur manteau, quand il neige c'est plus compliqué. C'est à peu près inimaginable qu'ils puissent partir de l'internat de l'IRGLM, prendre un autobus ou une navette pour aller à la piscine dans les installations au CRLB. Ce que ça veut dire, c'est que les gens qui vont être déplacés à l'internat de l'IRGLM, n'auront plus accès à ce service et ça affectera le programme. Pourtant, la piscine est un beau médium de réadaptation. »



Validation externe :

1. « Ce fait indique que pour les personnes atteintes d'une blessure médullaire, la marche dans l'eau peut offrir des avantages thérapeutiques qui améliorent la motricité visant à accroître la fonctionnalité et l'indépendance. L'environnement aquatique peut donc être une option qui permet aux individus atteints d'une blessure médullaire d'apprendre à générer et contrôler les forces nécessaires à la marche ou à améliorer leur performance. » (Traduction libre) Lucksch, Dielise D., Vera L. Israel, Danieli I. R. Ribas et Elisangela F. Manffra. 2013. « Gait characteristics of persons with incomplete spinal cord injury in shallow water », dans *Journal of rehabilitation medicine*, vol 45, p. 860-865.

2. « L'affaiblissement de la force musculaire chez les individus qui ont eu un accident vasculaire cérébral peut conduire à un déficit de mobilité. [...] Dans cette étude, une amélioration significative de la résistance des extenseurs du genou a été observée dans le groupe ayant fait des activités aquatiques, après le traitement. » (Traduction libre)

Zhang, Yue, Yi-Zhao Wang, Li-Ping Huang et al. "Aquatic therapy improves outcomes for subacute stroke patients by enhancing muscular strength of paretic lower limbs without increasing spasticity", dans *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 10 p.

3. « Dans le cas des personnes atteintes de sclérose en plaques où le principal symptôme est la fatigue, la piscine a vraiment un effet exceptionnel à cause de l'effet de la résistance de l'eau qui permet de faire de l'activité physique nécessaire à la réadaptation. Oui, il y a certaines personnes qui peuvent être sensibles à la température de l'eau, mais la piscine de Lucie-Bruneau permet une thermorégulation adéquate pour ces gens. [...] Ça, c'est dur à reproduire sans piscine. Je ne dis pas que c'est impossible, mais il faudrait un ensemble d'activités, notamment gymnastique douce, mais si on voulait reproduire les activités dans l'eau, il faudrait énormément d'imagination. Tu peux travailler des aspects connexes, mais tu n'auras jamais la richesse qu'offre le milieu aquatique. »

Julie Messier, kinésiologue et chercheure au CEPSUM, entrevue individuelle.

La réduction des lits en internat pourrait avoir un impact sur la clientèle lors des périodes d'achalandage plus élevées.

« Notre internat a été rénové il y a 3-4 ans au coût de quoi? 4 M\$? Là, on va mettre ça à la poubelle? En plus, il y aura des coûts pour déménager l'internat là-bas. »

« Ce qui est inquiétant pour nous c'est la façon dont ils vont gérer la réduction des lits de quasiment la moitié. Nous avons présentement 18 lits, on va tomber à 11. Le problème, c'est que dans les dernières années, il y a eu une baisse notable de l'occupation. Je crois que le CIUSSS a fait ses calculs sur la base des dernières années et il est arrivé à 54 % d'occupation moyenne. Alors, nous pensons qu'ils se sont basés sur ce taux d'occupation moyen pour le calcul du nombre de lits alors qu'il y a des périodes où il y a d'importants dépassements. Ces gens-là seront déplacés dans d'autres départements, en CHSLD, mais ceux-ci n'auront plus accès aux professionnels compétents. »



Le milieu physique et socio-économique entourant le Centre Lucie-Bruneau est mieux adapté à la réadaptation sociale que le milieu entourant l'IRGLM. L'absence de dénivellations importantes, la présence de nombreux parcs, l'offre commerciale diversifiée, la présence de rues résidentielles et de grands boulevards sont autant d'occasions pour un usager de faire des activités de réadaptation accompagnée. Le milieu enclavé et en pente de l'IRGLM ne permettrait pas de faire l'ensemble de ces activités de réadaptation.

« Juste avec mes TCC, il y a cinq parcs autour, chacun des parcs a leurs spécificités pour travailler sur des dynamiques particulières. Ici, on est dans un milieu très urbain, peu enclavé. On a des rues passantes et des rues moins passantes. On a des pistes cyclables dans des milieux résidentiels ou dans le trafic. On a des grosses et des petites épiceries. C'est une diversité que l'on ne retrouve pas autant dans les alentours de l'IRGLM. »

« Je vois mal les blessés médullaires dans les côtes près de l'IRGLM. Les gens qui commencent à utiliser leur fauteuil débutent avec une pente importante. »

« L'environnement extérieur, là-bas, c'est des pentes, c'est du trafic, c'est sûr que ça vient modifier notre façon d'intervenir. On fait de la réadaptation sociale, c'est sûr qu'on essaie de faire des activités à l'extérieur du centre. Ça, c'est sûr que c'est des difficultés qui vont se présenter. »

Validation externe :

Validation partielle à la section 2.4.2.

Certains usagers devront attendre plus longtemps avant d'obtenir une réadaptation sociale ou n'y auront plus accès. Parmi les impacts énumérés, il y a un isolement des usagers, l'impossibilité de retourner au travail ou aux études, la détérioration des problèmes de santé.

« Certains usagers n'auront plus de place, parce qu'on va être surchargé. On s'est fait dire qu'il y a 200 personnes qui attendent pour des services là-bas. Si on nous prend et on nous met là-bas, pensez-vous réellement qu'on va continuer à faire du TCC léger? On va prioriser les gens sur le continuum parce que c'est eux qui coûtent cher. Et les TCC légers, ils vont rester sur la liste d'attente et vont continuer à se chroniciser. »

B.2 Prestation de services

La clientèle du Centre Lucie-Bruneau qui provient de l'IRGLM ne constituerait pas la majorité. Pour la majorité des usagers, le transfert des programmes à l'IRGLM ne permettra pas de concentrer l'ensemble des soins à un seul endroit.

« L'argument selon lequel, le déménagement est mieux pour le continuum de services n'est pas fondé. Oui, il y a le programme locomoteur qui a presque tous leurs usagers qui viennent de l'IRGLM. Ça représente environ une cinquantaine d'usagers par année. Mais pour la plupart des programmes, c'est une minorité qui provient de l'IRGLM. Par exemple, dans mon programme, c'est de l'autorecommandation, ça vient des hôpitaux, des CLSC, des médecins de famille ou c'est recommandé par des neurologues. Il n'y a personne là-dedans qui a été à l'IRGLM. »

« Le continuum de services qui passe par l'IRGLM pour venir au CRLB, pour mon programme, ça représente environ 20 % de la clientèle. »



Le modèle hospitalier rémunéré à l'acte amènera des frictions entre les professionnels et l'équipe de gestionnaires. Ces frictions risquent d'amener des inefficiences dans le processus de prestation de services et limiter les services nécessaires à la réadaptation des usagers.

« Aujourd'hui, les plans d'interventions sont faits sur trois mois. Chaque client qui vient ici, on le traite et après trois mois on réévalue. Je ne veux pas prêter de mauvaises intentions, mais j'ai l'impression que si on va dans le milieu hospitalier, ce sera à l'acte. On va avoir dix rencontres. Si ça ne marche pas, après dix rencontres ça risque d'arrêter. Nous, on a des enjeux importants de motivation. Si on veut réussir à avoir les mêmes résultats, il va falloir passer des heures et des heures en rencontre pour justifier ça. »

Si les intervenants sont amenés à se déplacer davantage, le nombre d'usagers qui bénéficieront des programmes diminuera. À terme, les coûts moyens par usager pourraient grandement augmenter dû aux coûts de déplacement et l'impossibilité de rencontrer le même nombre d'usagers par jour.

« Une des hypothèses qui est mise sur la table c'est que les professionnels se déplacent dans les milieux de vie davantage. On peut concevoir facilement qu'en étant sur la route et à se déplacer entre les domiciles des clients je vais diminuer le nombre de clients que je vais voir par plus que la moitié. Ça va coûter très cher et pourtant, il ne faut pas que les budgets augmentent. »

« En étant au Centre, on peut avoir quelques clients en même temps comme kinésiologue. Tu peux en voir 7 à 9 dans une journée s'ils sont sur des machines différentes en même temps dans le centre d'entraînement. Mais si ça te prend une heure pour te déplacer voir un patient et tu reviens, il y a deux heures de prises dans ta journée qui ne sont pas des interventions directes. »

« Moi [j'ai fait de l'intervention à domicile] à une certaine époque où j'étais affectée au programme sociorésidentiel à domicile. Dans la majorité des cas, je voyais une personne l'avant-midi et une personne l'après-midi. Maintenant que je travaille du Centre, je peux voir 5 ou 6 personnes dans une journée si je n'ai pas les déplacements. Lorsque j'étais résidentielle, j'avais [environ 15 %] de temps direct, et maintenant, j'ai environ [35 %] de temps direct. »

Les transferts de programme pourraient affecter de nombreux organismes partenaires et de nombreuses initiatives communautaires nés des opérations du Centre Lucie-Bruneau. La disparition de ces services pourrait amener une diminution de l'intégration sociale des usagers.

« Lucie-Bruneau et la Triade ont une entente. La Triade est un service communautaire d'éducateurs dans la communauté. Ils sont rattachés au Programme au soutien résidentiel. Présentement, ils ne vont pas dans l'Ouest, ils arrêtent à Saint-Laurent. Ce n'est pas clair qu'ils vont suivre à l'IRGLM, car ils n'ont pas les ressources pour couvrir toute l'Île de Montréal. S'il faut qu'ils se rendent à Dorval pour rencontrer du monde, tu peux diviser par trois le nombre de personnes qu'ils pourront rencontrer. »

« Ex Aequo et AlterGo viennent souvent utiliser nos installations pour initier les gens aux équipements. »

« L'organisme PIMO, qui fait de l'accompagnement, devrait suivre parce qu'ils sont déjà sur la route, mais la différence de distance est plus grande, ils pourront voir moins de monde. »



« Il y a eu le cirque social de la TEVA : un projet d'intégration sociale de jeunes en partenariat avec le Cirque du Soleil. Dans un milieu hospitalier, je ne crois pas que ce genre de projet aurait eu lieu. »

Peu d'avenues pour améliorer la productivité sont possibles selon les professionnels du CRLB. Certains professionnels du CRLB croient qu'il est possible d'augmenter la productivité en réformant les tâches cléricales. Des efforts ont été faits dans l'histoire du centre et abandonnés. L'impact de cette mesure sur l'efficacité du CRLB reste toutefois à déterminer.

« Dans les dernières années, il y a eu plusieurs réflexions comment alléger le travail cléricale. Il y a eu des comités, des représentations par discipline, des formations sur ce qui est une tenue de dossier de qualité, où est-ce que l'on pourrait "couper dans le gras", etc. Mais avec la réforme et les multiples changements de place des patrons, tout est tombé à l'eau. Et honnêtement, nous, les intervenants, on commence à être tanné de participer à ces comités. »

Les techniques de travail du Centre Lucie-Bruneau sont reconnues à travers le monde. L'innovation dont a fait preuve le Centre est un élément de reconnaissance des pratiques exemplaires en réadaptation sociale. La disparition du Centre marquerait une perte de potentiel majeure en termes d'innovation en réadaptation sociale.

« La réputation de Lucie-Bruneau était quasi-planétaire. Quand j'étais au baccalauréat, quand on parlait d'interdisciplinarité, c'est le Centre Lucie-Bruneau qu'on prenait en exemple dans nos cours. Maintenant, on est de plus en plus entré dans un moule imposé. »

« Les projets partaient d'en bas et allaient en haut. Tous les projets étaient pris au sérieux. Ça permettait de développer des projets vraiment intéressants. À une époque, un employé avait comme principale tâche d'accueillir les gens de l'étranger pour voir la façon que l'on fonctionnait. Ça venait de France, ça venait d'Allemagne, ça venait de Belgique, ça défilait, c'était hallucinant. »

Autres interventions pertinentes

« Il y a un bénéfice majeur pour l'utilisateur d'avoir une pause entre la phase II et la phase III dans le processus de réadaptation. La pause permet d'augmenter la perception du handicap dans le milieu de vie. Et ça, ça nous donne du jus pour travailler : "J'ai eu de la difficulté à faire telle tâche". »

« On nous vend l'argument du continuum entre la phase II et la phase III, mais on oublie que si on sépare les programmes de phase III, on va affecter le continuum à l'intérieur de la phase III. »

B.3 Ressources humaines

Les professionnels du CRLB s'inquiètent grandement de l'impact de la réforme sur le travail interdisciplinaire. Ceux-ci croient que cet aspect est un facteur d'efficacité dans leur travail et sa disparition pourrait amener une réadaptation plus longue ou créer une asymétrie d'information grandissante entre les professionnels. Cette interdisciplinarité est liée à l'emplacement commun des installations nécessaires au travail des professionnels.

« Dans les équipes des autres établissements, les physiothérapeutes nous rapportent que les médecins leur commandent quoi faire comme intervention. À CRLB, le médecin fait partie de l'équipe. On décide ensemble du plan d'intervention et de sa durée. C'est inconcevable pour les professionnels dans un milieu hospitalier. »



« Faire des points de services, ça veut dire quoi? Ça va être des points de services avec des physiothérapeutes? Avec une équipe complète? Imagine l'horaire pour le client : un rendez-vous avec un kinésiologue une journée, un rendez-vous avec l'éducatrice l'autre journée? C'est rare que les clients viennent pour voir au moins trois personnes pour équilibrer les choses et rentabiliser leur déplacement. »

« Ici, on a des plateaux de travail pour le PRT. C'est utilisé par les ergothérapeutes pour commencer une réintégration graduelle des tâches de travail. Mais souvent, ce qui arrive, c'est qu'au début, les clients n'ont pas assez d'énergie pour faire une séance complète, alors ils commencent au plateau de travail, vont venir à la salle de conditionnement physique ou vont aller rencontrer le neuropsychologue : on fait des interconnexions. »

Plusieurs professionnels du CRLB ont clairement évoqué un départ ou une réorientation de carrière dans l'éventualité d'un transfert de programme.

« Dans l'éventualité d'un déménagement, mon médecin migre dans un autre service. Pour ma part, je prends ma retraite. Sur 16, on est 6 ou 7 à démissionner. »

« Moi, c'est clair que je ne vais pas travailler là-bas. Je vais attendre, je n'irai pas sur le chômage, mais je n'irai pas travailler là-bas. J'aurai accès au CIUSS au complet. Je n'irai pas me taper du trafic pour aller travailler là-bas alors que je ne suis pas d'accord avec les façons de procéder et que j'ai un CLSC à deux pas de chez nous. Tant qu'à réapprendre, je vais réapprendre au complet. »

Une inquiétude notable auprès des professionnels du CRLB est que l'intégration des services de phase II et de phase III amène une disparition de cette dernière. Les débordements de la phase II et l'utilisation éventuelle de points de services pourraient amener les professionnels à se déspecialiser en rencontrant un éventail de clientèle plus grand. L'efficacité de leurs interventions pourrait alors être moindre.

« Les professionnels de l'IRGLM sont heureux qu'on s'en vienne, car ils sont en manque de main-d'œuvre et pourront utiliser nos services pour la phase II. Ici, tout est dédié à la phase III. Et, ça, c'est un danger que je vois : on va toujours vouloir combler les besoins hospitaliers en premier avant d'utiliser notre temps en phase III. »

Si le dernier constat s'avérait, les professionnels de Lucie-Bruneau seraient inquiets de la perte d'expertise en termes de réadaptation sociale développée au cours des années.

« Quand on parle des points de services, ça va vouloir dire, comme on n'a pas un grand volume, qu'on va avoir à travailler avec plusieurs clientèles. Oui, c'est sûr, il y a des choses qui sont transposables. Mais travailler avec quelqu'un qui a subi un TCC et travailler avec quelqu'un qui a subi un AVC, il y a des éléments particuliers qui sont différents. »

« Au CRLB, on a développé une expertise pour la phase III. On ne fait pas le même travail qu'à l'IRGLM. Ils sont très compétents auprès de leur clientèle, mais ils ne sont pas habitués de faire de la phase III comme nous ne sommes pas habitués à faire de la phase II. On a développé une expertise dans la phase III, on ne veut pas commencer à faire de la phase II en même temps. »



La menace d'un transfert de programmes et les inquiétudes qui en découlent amènent certains professionnels du Centre Lucie-Bruneau à éviter de prendre des stagiaires.

« Dans mon équipe, on a l'habitude d'accueillir des stagiaires, mais cette année il y avait très peu de volontaires. Je suis insécure par rapport à mon emploi et tu me demandes de former quelqu'un? Je ne sais même pas où je serai physiquement dans quelques semaines. »

« Moi, j'en accueille des stagiaires, mais ma motivation est vraiment moins élevée. »

B.4 Gestion et organisation

Le rôle des gestionnaires

Opinion des intervenants :

« Moi, je déteste la hiérarchie médicale. J'ai été formé en milieu médical, et je déteste ça. Ça m'irriterait beaucoup d'aller travailler à l'IRGLM. J'aime ça quand c'est gérer de façon horizontale. »

« Lorsque je fais affaire avec les ateliers pour la confection d'adaptations, je dois faire approuver par ma superviseure l'approvisionnement de matériaux nécessaires. Normalement, j'aurais obtenu les adaptations dans la même journée, mais puisque ma superviseure partage son temps entre l'IRGLM et ici, j'ai dû attendre une semaine avant d'avoir le produit. En fin de compte, c'est des délais supplémentaires pour l'utilisateur. »

« L'accès aux archives ici, c'est facile, ce n'est jamais très loin. Dans un milieu hospitalier, ce n'est pas facile. S'il faut que je fasse une demande et que j'ai le dossier de l'utilisateur dans trois jours, ce n'est pas évident que je vais avoir le temps de le consulter à ce moment-là. Ma gestion de la consultation du dossier est beaucoup plus flexible présentement. Sur une année, ce temps-là, accumulé, ça compte. »



ANNEXE C

FICHES DE PRESTATION DE SERVICES



Profil de l'utilisateur	Service	Personnel impliqué	Étapes de la réadaptation	Démarches réalisées et finalités	Quels sont les risques que le déménagement affecte la finalité de « l'activité » de réadaptation et pourquoi?
Femme de 29 ans ayant subi un traumatisme à la tête en vélo au travail. Elle est coursière. Diagnostic de TCC léger. IRM négative, pas de perte de conscience, photophobie, audiophobie, problème de concentration, dyscalculie, difficulté à lire un texte, maux de tête à l'effort, cervicalgie, incapable d'aller au Maxi. Système nerveux autonome ralenti, diminution de la vitesse de traitement de l'information visuelle. Le conjoint ne comprend pas la situation de madame et cela génère des conflits.	Programme des traumatismes crâniens.	Neuropsychologue Kinésiologue Ergothérapeute Physiothérapeute Orthophoniste Travailleur social Éducateur spécialisé	Évaluation de chacune des disciplines 1^{er} objectif : « Que je sois en mesure de faire l'épicerie en une seule fois. » Moyens : • Trouver les moyens compensatoires et les stimulations en salle de conditionnement physique et gymnase; • Pratiquer les compensations en épicerie; • Gestion de l'énergie; • Stimulation à l'autorégulation du système nerveux autonome. 2^e objectif : « Que je sois en mesure de reprendre le vélo sur une distance de 1 km sur une piste cyclable. » Moyens : • Essais du vélo dans le gymnase avec obstacles et stimulation variée de l'environnement; • Essais du vélo dans le stationnement; • Essais du vélo dans le parc avec les obstacles; • Essais du vélo sur la piste cyclable peu achalandée; • Traitement de la cervicalgie en dynamique dans le gymnase et la salle de conditionnement physique; • Modulation de l'entraînement par intervalles pour l'autorégulation du système nerveux autonome.	Pronostic favorable pour un retour à son emploi antérieur. Résultats de l'objectif 1 : Grâce aux principes de gestion de l'énergie, au travail de compensations visuelles et une meilleure régulation du système nerveux autonome, l'usagère est en mesure de faire son épicerie avec une certaine aisance. Résultats de l'objectif 2 : L'usagère est en mesure de faire du vélo sur une période maximale de 20 minutes en dehors de la circulation automobile. Elle a réussi à faire le deuil de son emploi qu'elle adorait. Elle est de retour aux études dans un domaine qui la motive grandement.	



Profil de l'utilisateur	Service	Personnel impliqué	Étapes de la réadaptation	Démarches réalisées et finalités	Quels sont les risques que le déménagement affecte la finalité de « l'activité » de réadaptation et pourquoi?
			Il faut ajouter que madame habite Pointe-aux-Trembles et que le déplacement de 20 minutes génère une fatigue importante diminuant le temps d'intervention. Seuls les objectifs et les moyens nécessitant les installations uniquement disponibles au CRLB ont été présentés. Dans le cadre du travail interdisciplinaire, il arrive que, par exemple, des professionnels qui, de par leurs habitudes de travail usuel, n'utilisent pas le type d'installation que l'on retrouve au CRLB. Cependant, dans un contexte interdisciplinaire, les installations deviennent un atout dans la réadaptation. 6 mois plus tard, début du retour progressif au travail.		
Homme de 35 ans, accident auto/piéton, diagnostic de TCC modéré, légère hémiparésie droite, l'épaule gauche limitée dans ses amplitudes, diplopie, atteintes cognitives au niveau de la mémoire, concentration, agressivité, douleurs au niveau lombo-sacré, kinésiophobe, audiophobe (surtout les bruits aigus), photophobe. Il a eu un épisode épileptique, donc doit être véhiculé par les membres de sa	Programme des traumatismes crâniens.	Neuropsychologue Kinésologue Ergothérapeute Physiothérapeute Orthophoniste Travailleur social Éducateur spécialisé	Objectif 1 : « Que je sois en mesure de fabriquer un air de jeu pour ma fille. » Dans un premier temps, il faut prévoir des rendez-vous espacés entre les intervenants en raison de la fatigue et le temps de déplacement. Moyens : - Utilisation de la piscine pour travailler l'équilibre et la mobilité de l'épaule et l'endurance; - Exercices favorisant les stimuli visuels; - Plage horaire avec peu de personnes et lumière tamisée; - Travail sur appareil de musculation avec ajustements des angles articulaires appropriés; - Mises en situation au plateau de travail (individuel);	Résultats de l'objectif 1 : Les limitations ont été plus importantes que prévu. Il récupère lentement. Il reprend de la mobilité dans l'épaule. La fatigue limite beaucoup le temps d'intervention. Il manque plusieurs rendez-vous en raison du manque de disponibilité des proches pour venir le reconduire. Le problème d'attention/concentration est suffisamment important pour que l'utilisateur soit à risque dans son milieu de travail. On poursuit l'objectif et prévoit un temps de réadaptation plus long. Le	



Profil de l'utilisateur	Service	Personnel impliqué	Étapes de la réadaptation	Démarches réalisées et finalités	Quels sont les risques que le déménagement affecte la finalité de « l'activité » de réadaptation et pourquoi?
famille qui travaillent dans les raffineries de l'est de l'île. Ressens une fatigue qu'il qualifie d'extrême. Travaille comme machiniste chez Bombardier.			- Mises en situation au plateau de travail dans un environnement où il doit y avoir collaboration entre les usagers. Objectif 2 : (dans un plan d'intervention futur) « Que je prépare mon retour au travail progressivement. » (Progression possible sur plus d'un PII) Moyens : - Améliorer l'endurance physique générale via le sport collectif et la salle de conditionnement physique; - Développer les habiletés neuromotrices en gymnase; - Mises en situation au plateau de travail avec interactions de l'entourage; - Intégration/consolidation des stratégies de gestion des énergies; - Enseignement/intégration quant à une routine d'utilisation de l'agenda (à l'extérieur du travail); - Réflexion sur les modalités de retour progressif au travail et préparation de documents de stage; - Communications avec l'employeur pour explorer les modalités d'un retour progressif au travail; - Développer des adaptations pour le milieu de travail en raison de la fatigue et des limitations résiduelles à l'épaule.	pronostic est moins favorable à un retour à son emploi antérieur. Résultats de l'objectif 2 : Malgré un pronostic sombre, l'utilisateur a réussi à réintégrer son emploi, mais à 4 jours par semaine en raison de l'impact de la fatigue. L'utilisateur a réussi à contrôler son impulsivité avec ses collègues de travail et la famille. Il doit gérer son énergie au quotidien et faire appel à de l'aide extérieure pour les travaux d'entretien plus lourds. L'employeur a démontré de l'ouverture pour les modifications au poste de travail et il a jugé pertinent de faire les adaptations pour l'ensemble des postes de travail de la compagnie.	



Profil de l'utilisateur	Service	Professionnels impliqués	Étape de la réadaptation	Démarches réalisées et finalités	Quels sont les risques que le déménagement affecte la finalité de « l'activité » de réadaptation et pourquoi?
Sclérose en plaques	Programme des maladies évolutives PMÉ	Équipe de réadaptation (équipe interdisciplinaire) (physio, ergo, éducateur spécialisé, nutritionniste, orthophoniste, kinésiologue, travailleur social, psychologue, neuropsychologue)	Généralisation des acquis du client vivant chez lui phases 2-3 de la réadaptation	Des visites à domicile sont faites pour la pratique de la gestion de son horaire, finances, paperasse, outil de communication, utilisation du transport adapté, exercices. Observation du client dans son milieu de vie, son quartier, visite de gym, piscine accessible, ressources diverses. Finalité : Réadaptation aux activités de vie quotidiennes. Au centre ou à domicile une aide est offerte pour appeler l'assurance de la personne, démarches diverses, ex. : Régie des rentes, aide sociale, demandes de logement, etc. Finalité : Établir la sécurité financière de l'utilisateur. Suivi de réadaptation se fait chaque semaine à raison de trois fois. Peut y avoir plusieurs programmes du Centre impliqués simultanément : Parents Plus, programme des aides techniques à la sclérose en plaques, mobilité et à la posture, programme de retour au travail et le programme des maladies évolutives. Donc on peut facilement dire que le client se déplace 3 fois par semaine pour sa réadaptation et habituellement cela dure jusqu'à 6 mois. Certains clients travaillent et ils ont des familles.	



Profils services-clientèles

Planifié le:
25 janv. 2011

Programme: Locomoteur, volet BM

Offre de services								Collaborateurs	
Code du PROFIL	Définition des profils : Besoins et problématiques de la clientèle	Nature des services : Activités du programme	Disciplines Nombre moyen et types de disciplines impliquées		Intensité des services Moyenne d'heures par semaine (=HPS code 1/nombre de périodes/4)	Durée des services (Moyenne de jours de services = total de jours entre la date de début et de fin des interventions/nbre de clients)	Ressources internes (programmes du CRLB utilisés)	Partenaires externes (et leur service utilisé)	
1	Suivi à long terme	Suivi médical et nursing Intervention(s) disciplinaire(s)	1 à 2	Selon le besoin Médecine, nursing, Physiothérapie, Ergothérapie	2 à 3 heures par semaines	90 jours	Consultants médicaux	Centres hospitaliers associés aux consultants médicaux	
2	Lésion médullaire sans facteur de complexité	Développement des capacités fonctionnelles associées aux AVQ; Rééducation à la marche pour les ASIA C et D; Entraînement AVD vers une intégration socio résidentielle (incluant l'adaptation du domicile; Suivi des conditions médicales associées.	3 à 5	Discipline(s) du programme en lien avec les besoins du client : physiothérapie, kinésiologie, ergothérapie, éducation spécialisée, service social, psychologie, médecine	10 à 15 heures	120 à 180 jours	CECA, CAAT, PRT, Nutrition, Sexologie	CSSS, CR régionaux, organismes communautaires dont Viomax, APQ, SCHL	



Offre de services						Collaborateurs		
Code du PROFIL	Définition des profils : Besoins et problématiques de la clientèle	Nature des services : Activités du programme	Disciplines Nombre moyen et types de disciplines impliquées		Intensité des services Moyenne d'heures par semaine (=HPS code 1/nombre de périodes/4)	Durée des services (Moyenne de jours de services = total de jours entre la date de début et de fin des interventions/nbre de clients)	Ressources internes (programmes du CRLB utilisés)	Partenaires externes (et leur service utilisé)
3	Lésion médullaire avec risque de facteur(s) de complexité	Développement des capacités fonctionnelles associées aux AVQ; Rééducation à la marche pour les ASIA C et D; Entraînement AVD vers une intégration socio résidentielle (incluant l'adaptation du domicile; ; Suivi des conditions médicales associées Interventions ajustées selon les facteurs de complexité POTENTIELS	5 à 7	Disciplines du programme en lien avec les besoins du client : physiothérapie, kinésiologie, ergothérapie, éducation spécialisée, service social, psychologie,médecine	12à 18 heures	150 à 250 jours	CECA, CAAT, PRT, Nutrition, Sexologie	CSSS, CR régionaux, organismes communautaires dont Viomax, APQ, SCHL, PAD
4	Lésion médullaire avec facteur(s) de complexité	Développement des capacités fonctionnelles associées aux AVQ; Rééducation à la marche pour les ASIA C et D; Entraînement AVD vers une intégration socio résidentielle (incluant l'adaptation du domicile ; Suivi des conditions médicales associées ; Interventions ajustées selon les facteurs de complexité IDENTIFIÉS	6 à 8	Disciplines du programme en lien avec les besoins du client : physiothérapie, kinésiologie, ergothérapie, éducation spécialisée, service social, psychologie,médecine	15 à 20 heures	200 à 365 jours	CECA, CAAT, PRT, Nutrition, Sexologie, TGC	CSSS, CR régionaux, organismes communautaires dont Viomax, APQ, SCHL, PAD, Dollard Cormier

* Note : Profil pour au maximum les premiers 3 mois de façon à confirmer ou infirmer la présence de facteurs de complexité, donc l'utilisateur devrait se retrouver par la suite dans le profil 2 ou 4