

**ORGANISATION DES SERVICES POSTHOSPITALIERS
DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET DES SOINS SUBAIGUS**

DOCUMENT SYNTHÈSE

**Service de la planification et du développement stratégique
Janvier 2007**

Québec 

**ORGANISATION DES SERVICES POSTHOSPITALIERS
DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET DES SOINS SUBAIGUS**

DOCUMENT SYNTHÈSE

**Service de la planification et du développement stratégique
Janvier 2007**

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Production

Service de la planification et du développement stratégique
Direction des ressources humaines, information et planification
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.

ISBN 978-2-89510-356-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-357-8 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Ce document est disponible :

- au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604
- à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	3
2. Les services	4
3. Les clientèles	6
4. Les établissements	8
5. Les orientations privilégiées.....	10
5.1 Les services à la clientèle du programme «santé physique».....	10
5.2 Les services à la clientèle du programme «déficience physique»	11
5.3 Les services de réadaptation gériatrique	11
5.4 Les services à la clientèle des autres régions.....	11
5.5 Les services externes.....	12
6. Partage des ressources entre les programmes-clientèles.....	13
6.1 Le partage des lits entre les programmes-clientèles.....	13
6.2 Le partage des ressources pour les services externes entre les programmes-clientèles.....	14
7. Le partage des mandats et des ressources entre les établissements	16
7.1 Les services à la clientèle du programme «déficience physique»	16
7.2 Les services à la clientèle du programme «santé physique»	18
7.3 Le programme de réadaptation gériatrique	20
7.4 La desserte de la clientèle des autres régions	22
8. Synthèse	23

Annexes

1. INTRODUCTION

Le présent document fait suite au mandat confié à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'été 2004 d'améliorer la performance des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence montréalais en révisant l'organisation de ces services.

Le plan de travail élaboré à cette fin prévoyait :

- la réalisation d'un état de situation ;
- l'identification de paramètres sur lesquels devrait s'appuyer l'organisation des services ;
- le développement d'un modèle d'organisation des services ;
- la mise en œuvre du modèle proposé.

Tel que prévu :

- un état de la situation a été réalisé à l'automne 2004;¹
- les paramètres d'organisation des services préconisés ont été adoptés par le conseil d'administration de l'Agence en janvier 2005;²
- le conseil d'administration a de plus adopté une proposition de partage des mandats et des lits entre les établissements en octobre 2005.³

Les travaux nécessaires pour actualiser cette réorganisation des services ont alors été amorcés. Toutefois, la planification de l'offre de service externe, qui constitue une partie intégrante du modèle d'organisation des services à mettre en œuvre, restait à compléter.

Les travaux réalisés sur les services externes de réadaptation permettent maintenant de présenter le nouveau modèle d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et des soins subaigus.

Ce document présente une vision intégrée de l'ensemble des informations et orientations contenues dans les trois documents cités en bas de page. Il précise d'abord les services et clientèles concernés par cette réorganisation. Il fait ensuite état des orientations préconisées dans le cadre de cette réorganisation des services et présente les mandats et ressources dévolus à chaque établissement concerné.

¹ Organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence : état de situation à l'automne 2004, rédaction, Martine Cloutier; co-rédacteurs, Gilles Lavoie et al, Service de la planification et du développement stratégique, juin 2005.

² Services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence : paramètres d'organisation des services, rédaction, Martine Cloutier et al., Service de la planification et du développement stratégique, janvier 2005.

³ Organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence : partage des mandats entre les établissements, Service de la planification et du développement stratégique, octobre 2005.

2. LES SERVICES

Les services dont il est question ici sont les services *posthospitaliers* de *réadaptation* et les *soins subaigus*.

Les services posthospitaliers ...

On entend par *services « posthospitaliers »* les services offerts suite à une hospitalisation pour compléter cet épisode de soins et services.

Ces services peuvent être offerts :

- dans un lit de réadaptation ou de soins subaigus;
- dans un lit d'hébergement temporaire de convalescence;
- sur une base ambulatoire (en externe);
- à domicile.

... de réadaptation

Dans la région, plusieurs catégories d'établissements se partagent la responsabilité de l'offre de service de réadaptation, dont :

- certains centres de santé et de services sociaux (CSSS) par le biais de leur unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI);
- les centres hospitaliers de réadaptation (CHR);
- les hôpitaux de jour qui offrent, entre autres, des services de réadaptation;
- les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP).

L'offre de service des CHR et des URFI se concentre autour de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) alors que celle des CRDP s'articule autour des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) et des services de soutien à l'intégration à la clientèle ayant une déficience physique.

Il importe de souligner que le présent document **ne traite pas des services offerts par les CRDP**. Il se concentre sur les services de réadaptation fonctionnelle intensive dont les interventions sont axées sur la récupération des fonctions motrices et cognitivo-sensorielles ainsi que sur la restauration de l'autonomie personnelle.

... et les soins subaigus

Il s'agit de soins et services offerts habituellement à une clientèle de médecine ou post-opérée qui, puisque sa condition médicale est stabilisée, ne requiert plus de soins aigus, mais nécessite des soins infirmiers ou des services de réadaptation pour recouvrer son niveau de fonctionnement antérieur et retourner à domicile ou dans son milieu de vie habituel. Ces ressources portent actuellement l'appellation de «lits de convalescence active».

Deux programmes-services sont ici concernés :

- Le programme « **déficience physique** », qui s'adresse à des personnes présentant des incapacités significatives et persistantes;

- Le programme « **santé physique** », qui répond aux besoins des personnes présentant des incapacités temporaires, c'est-à-dire qu'elles recouvreront entièrement ou presque entièrement leurs capacités avec les traitements et services requis par leur condition.

Il est à noter qu'environ le trois quarts de la clientèle à laquelle sont offerts des services posthospitaliers de réadaptation et des soins subaigus est âgée de plus de 65 ans. Environ la moitié de celle-ci a plus de 75 ans. Il s'agit donc essentiellement d'une clientèle âgée et bien que les services de réadaptation qui lui sont offerts relèvent des deux programmes-services précédemment mentionnés, il n'en demeure pas moins que les liens sont étroits avec le programme « **personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement** ».

3. LES CLIENTÈLES

Les clientèles nécessitant des services posthospitaliers de réadaptation ou des soins subaigus présentent l'une ou l'autre des atteintes suivantes :

Tableau 1 : Clientèles pouvant nécessiter des services posthospitaliers de réadaptation et des soins subaigus

Système touché	Clientèles
Nerveux	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et autres pathologies neurologiques
Nerveux	Lésions médullaires traumatiques
Nerveux	Lésions médullaires non traumatiques
Nerveux	Tétraplégiques ventilo-assistés (TVA)
Nerveux	Traumatismes cranio-cérébraux (TCC)
Nerveux	Autres pathologies neurologiques
Musculo-squelettique	Fractures et luxations
Musculo-squelettique	Atteintes du rachis (sans atteinte neurologique)
Musculo-squelettique	Maladies dégénératives et inflammatoires*
Musculo-squelettique	Lésions musculo-squelettiques complexes (blessures orthopédiques graves)
Musculo-squelettique	Brûlures graves
Musculo-squelettique	Amputations
Multi-systémiques	Ex : cardiologie, pneumologie, post-chirurgie, etc.

* C'est au niveau de cette clientèle qu'on retrouve les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou sur une base élective.

Les clientèles énumérées ci-haut sont regroupées au niveau des «programmes-clientèles» présentés dans le tableau suivant, qui identifie aussi le programme-service duquel relève chaque programme-clientèle.

Tableau 2 : Programmes-clientèles et programmes-services

Programmes-clientèles	Programmes-services	
	Santé physique	Déficiences physiques
Orthopédie (atteinte musculo-squelettique : Fractures et luxations, atteintes du rachis sans atteinte neurologique, maladies dégénératives et inflammatoires)*	x	
Lésions musculo-squelettiques complexes (BOG)		x
Soins subaigus	x	
Traumatismes cranio-cérébraux (TCC)		x
Lésions médullaires traumatiques et non-traumatiques incluant TVA		x
AVC et autres pathologies neurologiques*		x
Amputations		x
Brûlures graves		x
Réadaptation gériatrique	x	x

* Autre que TCC ou lésion médullaire.

Le programme des **soins subaigus** regroupe des clientèles qui présentent habituellement une condition autre que musculo-squelettique ou neurologique. Ces personnes sont souvent «déconditionnées» et ont subi une perte d'autonomie suite à une hospitalisation, soit médicale ou chirurgicale et nécessitent des soins et/ou des services de réadaptation pour retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur.

Le programme de **réadaptation gériatrique** rejoint des personnes très âgées aux prises avec des problématiques multiples et complexes qui interfèrent avec le processus de réadaptation. Il dessert des personnes relevant du programme «santé physique» ainsi que du programme «déficiences physiques» puisqu'il accueille des personnes présentant des problématiques tant musculo-squelettiques que neurologiques.

Le document «*Services posthospitaliers de réadaptation et soins subaigus : mise en œuvre du modèle d'organisation des services – document de travail*» (Direction générale adjointe, octobre 2006) précise les critères d'admission aux différents programmes-clientèles, dont celui des soins subaigus et de la réadaptation gériatrique.

Mentionnons que certaines personnes avec une fracture, une luxation, une atteinte du rachis (sans atteinte neurologique) ou une maladie dégénérative et inflammatoire ne récupéreront pas entièrement leurs capacités au terme de leur programme de réadaptation. Au sens strict du terme, ces personnes relèvent du programme «déficiences physiques». Toutefois, de façon générale ces clientèles sont associées au programme «santé physique».

Notons finalement que dans le cadre de ce document, le terme «orthopédie» sera utilisé pour désigner les clientèles présentant des fractures et luxations, des atteintes du rachis sans atteinte neurologique et des maladies dégénératives et inflammatoires.

3. LES ÉTABLISSEMENTS

Le tableau qui suit fait état des établissements directement concernés par cette réorganisation parce qu'ils dispensent des services de réadaptation fonctionnelle intensive en posthospitalisation ou des soins subaigus. Le tableau présente aussi le nombre de lits par programme-clientèle actuellement dressés dans chacun de ces établissements.

Tableau 3 : Nombre actuel de lits dressés de réadaptation et de convalescence

Établissements	Amputés	Orthopédie	Neurologie	autres	Grands Brûlés	Convalescence	Total
CHR							
CSSS Cavendish (Richardson)		20	22			25*	67
Catherine Booth		52**	12			20*	84
Marie-Clarac		96***	17			75*	188
Villa Médica	10	75	30		5	30*	150
Lindsay	10	108	15				133
Institut de réadaptation de Montréal	22		58****				80
URFI							
CSSS Jeanne-Mance (Jacques Viger)			35				35
CSSS Lucille-Teasdale (J.-Henri-Charbonneau)			33				33
CSSS Sud-Ouest/Verdun (Champlain)			27				27
CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (Notre-Dame de la Merci)			22				22
Institut Universitaire de gériatrie de Mtl (IUGM)			45				45
Total			715			150*	864

* Ces lits sont financés de façon non récurrente.

** Dont 9 lits financés avec un budget non récurrent.

*** Dont 16 lits financés avec un budget non récurrent.

**** Dont 25 lits pour blessé médullaire, 18 pour TCC et 15 pour AVC-DMC.

Les six CHR identifiés dans le tableau précédent offrent des services non seulement à l'interne, mais également sur une base ambulatoire. Or, cette réorganisation des services aura également des impacts sur les hôpitaux de jour de la région qui dispensent, entre autres, des services de réadaptation sur une base ambulatoire. Le tableau qui suit identifie donc les huit hôpitaux de jour de la région.

Tableau 4 : Établissements opérant un hôpital de jour

Établissements	Installations
CSSS Jeanne-Mance	Centre hospitalier Jacques-Viger
CSSS Lucille-Teasdale	Pavillon J.-Henri-Charbonneau
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Pavillon Notre-Dame de la Merci
CSSS Sud-Ouest/Verdun	Pavillon Champlain
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	CH de Lachine
Centre hospitalier Gériatrique Maimonides	-
CUSM	Hôpital Royal Victoria
Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	Pavillon Côte-des-Neiges

Mentionnons que le mandat des hôpitaux de jour comprend également, outre la réadaptation, des services d'évaluation gériatrique. Ils ont un territoire de desserte prédéterminé, qui ne correspond toutefois pas aux territoires actuels des CSSS tel que le présente le tableau qui suit.

Tableau 5 : Territoires de desserte des hôpitaux de jour

Hôpitaux de jour	CLSC	CSSS
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle		CSSS de l'Ouest-de-l'Île
		CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle
		CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle
CSSS du Sud-Ouest/Verdun		CSSS du Sud-Ouest/Verdun
		CSSS Cavendish
Maimonides		CSSS de la Montagne
		CSSS Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent
IUGM		CSSS Cavendish
		CSSS de la Montagne
		CSSS du Sud-Ouest/Verdun
CUSM (Royal Victoria)		CSSS Cavendish
		CSSS de la Montagne
		CSSS Jeanne-Mance
		CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent		CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord
		CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
		CSSS de la Montagne
		CSSS du Coeur-de-l'Île
CSSS Jeanne-Mance		CSSS Jeanne-Mance
		CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
		CSSS Lucille-Teasdale
CSSS Lucille-Teasdale		CSSS de la Pointe-de-l'Île

5. LES ORIENTATIONS

Cette réorganisation des services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus s'inscrit dans le contexte de la création des CSSS et s'appuie sur les concepts de responsabilité populationnelle des CSSS et de hiérarchisation des services. C'est dans cet esprit que les orientations qui suivent ont été privilégiées.

5.1 Les services à la clientèle du programme «santé physique»

- ***L'offre de service de réadaptation et de soins subaigus à la clientèle du programme «santé physique» est déconcentrée sur chaque territoire de CSSS.***

Chaque CSSS est donc responsable de répondre aux besoins de la population de son territoire en ce qui a trait aux services de réadaptation à la clientèle avec une problématique en orthopédie et aux soins subaigus.

- ***Les services sont dispensés par le CSSS ou par le biais d'une entente de services entre le CSSS et un autre établissement.***

Les CSSS qui ne disposent pas, au sein de leur organisation, des ressources de réadaptation ou de soins subaigus requis pour répondre aux besoins de leur population se verront «paillés» avec un autre établissement qui, par le biais d'une entente de services, dispenseront les services requis à la clientèle du territoire concerné.

- ***Chaque CSSS doit prévoir une porte d'entrée unique où est référée la clientèle en besoin de réadaptation ou de soins subaigus. Il appartiendra aux CSSS d'orienter ces usagers vers la ressource la plus appropriée à leurs besoins.***

En vertu de ces orientations, les centres hospitaliers référeront les usagers relevant du programme «santé physique» au CSSS qui dessert le territoire où ils résident. Le CSSS orientera les usagers vers :

- ✓ un lit de réadaptation ou de soins subaigus;
- ✓ un lit d'hébergement temporaire de convalescence;
- ✓ à domicile avec des services externes de réadaptation;⁴
- ✓ à domicile avec des services de réadaptation dispensés au domicile.⁵

Et ce, en favorisant le recours à la structure la mieux adaptée aux besoins de l'utilisateur et la moins coûteuse.

Cette approche permet d'actualiser véritablement la responsabilité populationnelle des CSSS. De plus, en confiant à un seul acteur, en l'occurrence le CSSS, la gestion de l'utilisation de l'ensemble des ressources, le recours à l'option la moins coûteuse et la plus appropriée est sans aucun doute favorisé.

⁴ Avec ou sans services de soutien à domicile.

⁵ Si l'utilisateur ne peut se déplacer vers un programme de services externes et que le rapport coût-bénéfice d'une telle approche le justifie.

5.2 Les services à la clientèle du programme «déficience physique»

- ***L'offre de service à la clientèle du programme «déficience physique» ne sera pas déconcentrée dans les douze territoires de CSSS, mais sera confiée à un nombre limité d'établissements.***

Cette approche favorisera le développement et le maintien d'un haut niveau d'expertise auprès de clientèles dont les volumes sont plus restreints. Les établissements identifiés pour offrir des services de réadaptation à la clientèle ayant subi un AVC seront dotés d'une équipe interdisciplinaire spécialisée dédiée à cette clientèle, tout comme pour les autres clientèles du programme «déficience physique» (amputations, brûlures graves, TCC, blessures médullaires et BOG). Par ailleurs, les établissements identifiés régionalement pour offrir des services à la clientèle ayant subi un AVC développeront un réseau de services intégrés pour cette clientèle en collaboration avec les autres établissements et organismes impliqués auprès de celle-ci.

5.3 Les services de réadaptation gériatrique

Dans le cadre de cette réorganisation des services, il n'a pas été privilégié de tenir compte d'un critère d'âge pour l'orientation de la clientèle. Toutefois, tel que mentionné précédemment :

- ***un programme de réadaptation gériatrique est prévu pour répondre aux besoins particuliers de certaines clientèles ayant un profil gériatrique présentant une comorbidité importante interférant avec le processus de réadaptation.***

Le programme de réadaptation gériatrique sera confié à un nombre restreint d'établissements, mais une partie des lits disponibles dans le cadre de ce programme, soit ceux dédiés à la clientèle du programme «santé physique», seront partagés entre les douze territoires de CSSS. Il appartiendra aux CSSS d'identifier les usagers à orienter vers le programme de réadaptation gériatrique.

5.4 Les services à la clientèle des autres régions

- ***Sauf pour les clientèles nécessitant des services surspécialisés de réadaptation pour lesquelles des établissements montréalais ont été désignés, les usagers des autres régions seront orientés vers leur région de résidence pour recevoir les services de réadaptation et les soins subaigus requis par leur condition.⁶***

Cette orientation sera en application d'ici cinq ans, c'est-à-dire d'ici le 31 mars 2011. À cet effet, un comité interrégional réunissant les Agences des régions de Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie a été mis sur pied afin de développer une proposition de rapatriement de la desserte de la clientèle des régions limitrophes, qui doit être synchronisée avec les budgets de développement octroyés à ces régions.

⁶ À moins que la région concernée n'ait décidé d'acheter des services montréalais plutôt que de développer les services dans sa région.

- ***En attendant que les régions limitrophes rapatrient la desserte de leur clientèle, celle-ci continuera d'être desservie à Montréal, mais l'offre de service à cette clientèle sera concentrée dans des établissements identifiés à cette fin et dans un nombre de lits pré-établis.***

Il a par ailleurs été convenu avec l'Agence de Laval que l'offre actuelle de service de l'Hôpital Juif de réadaptation de Laval à la clientèle montréalaise ayant subi un AVC serait maintenue. De plus, la clientèle montréalaise de religion juive qui le souhaite continuera d'être orientée vers l'Hôpital juif de réadaptation de Laval.⁷

5.5 Les services externes

- ***Les services externes de réadaptation offerts tant par les CHR, que par les hôpitaux de jour, seront redéployés de la même façon que les services dispensés sur une base interne.***

Les services externes offerts dans le cadre du programme «santé physique» seront donc déconcentrés au niveau des douze CSSS, alors que les services à la clientèle du programme «déficience physique» seront dispensés par les établissements mandatés à cet effet.

Toutefois, actuellement, il s'avère difficile d'actualiser de telles orientations. La révision des territoires de desserte des hôpitaux de jour et la redistribution équitable des ressources actuellement disponibles nécessiteraient des modifications importantes, à la hausse et à la baisse, du budget de plusieurs établissements, dont de certains CSSS, ainsi que la cessation des activités de certains hôpitaux de jour. Dans ce contexte des **orientations transitoires** sont privilégiées :

- ***La responsabilité de dispenser les services requis sur une base externe aux clientèles du programme « déficience physique » sera confiée aux établissements mandatés pour desservir cette clientèle sur une base interne.***
- ***En ce qui a trait à l'offre de service externe pour les clientèles du programme « santé physique », incluant les services offerts par les hôpitaux de jour; à court terme, le statu quo est privilégié.***

En d'autres termes, comme il est le cas actuellement, les services externes aux clientèles du programme «santé physique» seront dispensés par les établissements dans lesquels ces clientèles auront préalablement été admises ainsi que par les hôpitaux de jour, en fonction de leur territoire de desserte actuel. Les objectifs visés en regard des services externes de réadaptation pour la clientèle du programme «santé physique» et des services offerts par les hôpitaux de jour seront intégrés à l'intérieur de travaux plus globaux visant aussi les autres services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement qui doivent faire l'objet d'une révision en lien avec la responsabilité populationnelle confiée aux CSSS.

⁷ La clientèle de religion juive peut aussi être desservie par le CSSS Cavendish qui a un programme de confort culturel pour cette clientèle.

6. PARTAGE DES RESSOURCES DISPONIBLES ENTRE LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

Le niveau de ressources prévu pour chaque clientèle a été établi à partir :

- de la consommation de services par ces différentes clientèles en 2003-2004 et 2004-2005⁸;
- de la réduction du nombre de personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou dirigées dans un établissement de réadaptation en post-chirurgie, plutôt que d'être orientée à domicile pour y recevoir les services requis par leur condition;
- d'un rehaussement requis de l'offre de service surspécialisé;
- de l'entente conclue avec l'Agence de Laval concernant le rôle de l'Hôpital Juif de réadaptation à l'endroit de la clientèle de Montréal.

6.1 Le partage des lits entre les programmes-clientèles

Il importe de souligner qu'il ne s'agit pas ici d'évaluer les besoins en lits de chaque clientèle. L'objectif est plutôt de déterminer le niveau de ressources à prévoir pour chaque clientèle afin de maintenir l'offre de service actuelle, sauf en ce qui concerne les lits requis pour les services surspécialisés, qui doivent être rehaussés, et les lits destinés à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou, qui doivent être réduits. Sauf pour ces deux clientèles, l'offre de service à l'interne n'est donc ni réduite, ni rehaussée, mais maintenue au même niveau qu'en 2003-2004.

Le tableau qui suit présente donc le nombre de lits qui sera dressé pour chaque clientèle. Aussi, en annexe, le tableau 19 précise la répartition future des lits par établissement.

Tableau 6 : Nombre de lits à dresser pour chaque programme-clientèle
(avec un taux d'occupation de 90 %)

Programmes-clientèles	Pour la clientèle montréalaise et pour les services surspécialisés	Pour la clientèle des autres régions	Total
Orthopédie	289	67	356
Soins subaigus	128	30	158
AVC et autres Dx neurologiques	105	24	129
Amputations	21	15	36
Blessures médullaires	31*		31*
TCC	18*		18*
Blessure orthopédique grave	4*		4*
Réadaptation gériatrique	67		67
Brûlures graves	6*		6*
Total	669	136	805

* Données préliminaires. L'évaluation des besoins reste à faire.

⁸ Les données 2003-2004 ont été utilisées pour déterminer le nombre de lits à dresser par programme-clientèle. Les données 2004-2005 ont été utilisées pour évaluer le niveau de services externes à prévoir par programme-clientèle.

Il est à noter que le tableau ci-haut prévoit une augmentation de six lits pour la clientèle présentant une blessure médullaire. Cependant, une appréciation plus précise des besoins reste à faire, notamment pour la clientèle présentant une lésion médullaire non-traumatique. Il en va de même pour la clientèle TCC, la clientèle avec blessure orthopédique grave et celle présentant des brûlures graves. Néanmoins, globalement, une réduction du nombre de lits dressés est prévue, tel que le présente le tableau qui suit :

Tableau 7 : Écart avec la situation actuelle

Nombre de lits dressés actuellement			864
Nombre d'équivalents-lits utilisés en 2003-2004*			849
Nombre d'équivalents-lits utilisés en 2004-2005*			834
Nombre de lits prévus après réorganisation	pour la clientèle montréalaise ou pour services surspécialisés	669	805
	pour la clientèle des autres régions	136	
Écart sur le nombre de lits dressés actuellement (864 – 805)			59
Nombre de lits financés avec des sommes non-récurrentes (sur les 59 lits)			25**
Écart réel			34

* Les lits achetés par la région de Laval à l'Hôpital Marie-Clarac ont été retranchés des lits utilisés.

** Lits financés de façon non-récurrente pour desservir la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou.

La réduction du nombre de lits dressés présentée par le tableau ci-haut s'explique par la diminution prévue de l'utilisation des lits de réadaptation par la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou.

6.2 Le partage des ressources pour les services externes entre les programmes-clientèles

Comme le *statu quo* est prévu pour les services externes à la clientèle du programme «santé physique», seul le niveau de services externes pour la clientèle du programme «déficience physique» a fait l'objet d'une évaluation. Bien que le niveau de services externes offert actuellement par les CHR pour chaque programme-clientèle soit connu, aucune donnée n'est disponible pour quantifier l'offre de service de réadaptation des hôpitaux de jour pour chaque clientèle.

Par conséquent, le niveau de services à prévoir pour maintenir l'offre actuelle de service externe à la clientèle du programme «**AVC et autres Dx neurologiques**» a été identifié à partir :

- du nombre moyen d'heures travaillées en services externes par usager par les CHR en 2004-2005 pour cette clientèle;
- du nombre d'admissions prévues annuellement dans les établissements mandatés pour desservir cette clientèle, lequel est identifié en fonction du nombre de lits qui sera dressé et de la durée moyenne de séjour actuelle;
- d'un ratio «usagers en externe / usagers admis» de 1-1 (le ratio actuel est de 0,89).⁹

⁹ L'utilisation d'un ratio «nombre d'usagers desservis en externe / nombre d'admissions» n'implique pas que seuls les usagers admis recevront des services externes. Il permet de mettre en parallèle le volume d'activités en externe et le

Mentionnons que cette approche n'est pas appliquée pour l'IRM, pour lequel le niveau de services prévu correspond à celui observé en 2004-2005.

Pour les services externes à la clientèle amputée, comme le nombre de lits prévu dans le cadre de la réorganisation des services est légèrement inférieur au nombre de lits dressés actuellement, le même niveau de ressources en services externes que celui observé actuellement dans les CHR desservant cette clientèle a été prévu. Il en va de même pour la clientèle avec brûlures graves pour laquelle le *statu quo* est prévu.

Le tableau qui suit présente les ressources, en heures travaillées, qui sont prévues pour les établissements ayant des mandats auprès de la clientèle du programme «déficience physique» en fonction des paramètres identifiés précédemment.

Tableau 8 : Heures de services prévues (heures travaillées) pour desservir en externe la clientèle du programme «déficience physique»

Programmes-clients	Nombre total d'heures
AVC et autres Dx neurologiques*	39 346
Amputations et blessures orthopédiques graves	11 858
Brûlures graves	5 500
Blessures médullaires	Non-déterminé puisque la situation en post-réorganisation est la même que celle qui prévaut actuellement
TCC	
Total	56 704

* Exclut la clientèle avec une problématique en neurologie desservie par le programme de réadaptation gériatrique.

Par ailleurs, en 2004-2005, le coût du transport des usagers représentait en moyenne 9% des dépenses des CHR et des hôpitaux de jour. Un budget représentant 9,0 % du budget prévu en services externes pour les clientèles du programme déficience physique devrait donc être planifié.

nombre de lits dressés, qui a lui-même été identifié à partir de données concernant la consommation de services hospitaliers par cette clientèle selon son territoire de résidence.

7. LE PARTAGE DES MANDATS ET DES RESSOURCES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS

La section précédente faisait le partage des ressources disponibles entre les programmes-clientèles. La section qui suit présente le partage des ressources disponibles pour chaque clientèle entre les établissements.

7.1 Les services à la clientèle du programme santé physique

Tel que mentionné précédemment, l'offre de service de réadaptation et de soins subaigus à la clientèle du programme «santé physique» est déconcentrée sur chaque territoire de CSSS. Chaque CSSS est donc responsable de répondre aux besoins de la population de son territoire en ce qui a trait aux services de réadaptation à la clientèle d'orthopédie et aux soins subaigus.

Pour répartir équitablement les ressources de réadaptation et de soins subaigus disponibles entre les douze CSSS, le nombre de jours d'hospitalisation en CHSGS de la population adulte de chaque territoire de CSSS en 2003-2004, en excluant les hospitalisations en psychiatrie, obstétrique et pédiatrie, a été utilisé. Le tableau qui suit présente donc le nombre de lits de réadaptation pour la clientèle orthopédique et le nombre de lits de soins subaigus dont chaque CSSS disposera.

Tableau 9 : Nombre de lits de réadaptation pour la clientèle du programme «santé physique» et de lits de soins subaigus par CSSS
(avec un taux d'occupation de 90 %)

CSSS	Orthopédie	Soins subaigus	Total
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	23	11	34
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	22	10	32
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	21	12	33
CSSS Cavendish	23	7	30
CSSS de la Montagne	30	12	42
CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	24	8	32
CSSS d'Achutes et Montréal-Nord	28	14	42
CSSS du Cœur-de-l'Île	15	7	22
CSSS Jeanne-Mance	18	9	27
CSSS de St-Léonard et St-Michel	22	9	31
CSSS Lucille-Teasdale	33	14	47
CSSS de la Pointe-de-l'Île	30	15	45
Total	297	131	417

Cinq des douze CSSS de la région disposent d'une unité de réadaptation au sein de leur organisation. Pour les sept autres CSSS, une entente de services devra être conclue avec un

établissement de réadaptation. Le tableau qui suit présente ce pairage entre les CSSS et les établissements de réadaptation.¹⁰

Tableau 10 : Pairage des CSSS avec un établissement de réadaptation

CSSS	CSSS Cavendish	IRM-Lindsay	CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Marie-Clarac	Villa Médica	CSSS Jeanne-Mance	CSSS Lucille-Teasdale	Total
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	34									34
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle			32							32
CSSS du Sud-Ouest-Verdun				33						33
CSSS Cavendish	30									30
CSSS de la Montagne		42								42
CSSS de B.-Cartierville/St-Laurent					22	10				32
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord						42				42
CSSS du Cœur-de-l'Île							22			22
CSSS Jeanne-Mance								27		27
CSSS de St-Léonard et St-Michel						31				31
CSSS Lucille-Teasdale							14		33	47
CSSS de la Pointe-de-l'Île						45				45
Total	64	42	32	33	22	128	36	27	33	417

Rappelons que même lorsqu'un CSSS répond aux besoins de sa population par le biais d'une entente avec un autre établissement, les demandes de services sont adressées au CSSS du territoire où réside l'utilisateur qui demeure responsable d'orienter l'utilisateur vers la ressource la mieux appropriée à ces besoins, soit vers un lit de réadaptation ou de soins subaigus ou à domicile avec des services de réadaptation sur une base ambulatoire ou à domicile.

En ce qui a trait à l'offre de service externe pour la clientèle du programme «santé physique», comme mentionné précédemment, et ce de façon transitoire, le *statu quo* est prévu. Ainsi, comme il est le cas actuellement, les services seront dispensés par les CHR dans lesquels ces clientèles auront préalablement été admises ou par les hôpitaux de jour, en fonction de leur territoire de desserte actuel.

¹⁰ Il est à noter que pour deux des cinq CSSS qui disposent d'une unité de réadaptation au sein de leur organisation, le nombre de lits disponibles est insuffisant pour répondre aux besoins de la population du territoire. Une entente devra donc être conclue avec un autre établissement.

7.2 Les services à la clientèle du programme «déficience physique»

Comme précisé antérieurement, l'offre de service à la clientèle ayant une déficience physique n'est pas déconcentrée sur chaque territoire de CSSS, mais est confiée à un nombre limité d'établissements mandatés pour desservir cette clientèle. Le tableau qui suit présente ces établissements et les mandats qui leur sont confiés.

Tableau 11 : Établissements mandatés pour desservir les clientèles du programme « déficience physique »

Clientèles	Établissements mandatés	Nombre d'établissements
AVC et autres Dx neurologiques	IRM - Hôpital de réadaptation Lindsay Hôpital Villa Médica CSSS Cavendish	3
Amputations	IRM - Hôpital de réadaptation Lindsay Hôpital Villa Médica	2
TCC*	IRM - Hôpital de réadaptation Lindsay	1
Blessures et lésions médullaires*	IRM - Hôpital de réadaptation Lindsay	1
Blessures orthopédiques graves	IRM - Hôpital de réadaptation Lindsay	1
Brûlures graves*	Hôpital Villa Médica	1

* Les établissements mandatés pour desservir ces clientèles ont fait l'objet d'une désignation ministérielle.

L'offre de service de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle du programme en déficience physique est donc concentrée dans trois établissements :

- le nouvel établissement constitué de la fusion de l'Hôpital de réadaptation Lindsay et de l'Institut de réadaptation de Montréal;
- le CSSS Cavendish;
- l'Hôpital Villa Médica.

Le tableau qui suit présente la répartition des lits pour les services à la clientèle du programme «déficience physique» dans ces établissements, en distinguant la desserte de la clientèle montréalaise de celle de la clientèle des autres régions.

Tableau 12 : Nombre de lits à dresser pour chaque programme-clientèle en déficience physique (avec un taux d'occupation de 90 %)

Programmes-clientèles en déficience physique	IRM-Lindsay		Villa Médica		CSSS Cavendish		Total	
	Mtl	autres régions	Mtl	autres régions	Mtl	autres régions	Mtl	autres régions
AVC et autres Dx neurologiques	15	24	65		25		105	24
Amputations	21*			15			21	15
Blessures médullaires	31**						31	
TCC	18**						18	
Blessure orthopédique grave	4**						4	
Brûlures graves			6**				6**	
Total	113		86		25		224	

* Sauf pour les amputations de niveau surspécialisées pour lesquelles la clientèle des autres régions est aussi desservie.

** Données préliminaires. L'évaluation des besoins reste à faire.

La desserte de la clientèle ayant subi un AVC ou présentant un autre diagnostic neurologique :

Trois établissements desserviront donc la clientèle ayant subi un AVC ou avec un autre Dx neurologique, si on exclut les établissements avec un programme de réadaptation gériatrique. Le principe suivant guidera l'orientation des usagers montréalais en besoin de services de RFI vers l'un ou l'autre des établissements mandatés :

- Tous les usagers montréalais sont orientés vers le CSSS Cavendish ou l'Hôpital Villa Médica en fonction de leur lieu de résidence et de leur langue d'expression, sauf :
 - ✓ les usagers qu'il serait plus approprié d'orienter vers le nouvel établissement constitué de la fusion de l'IRM et du Lindsay, qui accueillera une clientèle plus jeune ou avec des besoins plus complexes.¹¹
 - ✓ les usagers qu'il serait plus approprié d'orienter vers un programme de réadaptation gériatrique;

Le tableau qui suit fait état de la répartition des responsabilités entre les établissements mandatés en ce qui a trait à desserte de cette clientèle.

¹¹ Le document «Critères d'orientation de la clientèle ayant subi un AVC ou présentant un autre diagnostic neurologique en besoin de RFI», août 2006, présente ce qui est entendu par «jeune» ou présentant des «besoins complexes».

Tableau 13 : Répartition des responsabilités entre les établissements mandatés pour desservir la clientèle «AVC et autres Dx neurologiques»

Établissements mandatés	Territoires de résidence de la clientèle	Autres critères
CSSS Cavendish	de l'Ouest-de-l'Île	Clientèle d'expression anglaise des autres territoires montréalais
	Doval-Lachine-LaSalle	
	Cavendish	
	de la Montagne	
Hôpital Villa Médica	du Sud-Ouest-Verdun	Clientèle d'expression française
	de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	
	d'Ahuntsic et Montréal-Nord	
	du Cœur-de-l'Île	
	Jeanne-Mance	
	de St-Léonard et St-Michel	
	Lucille-Teasdale	
de la Pointe-de-l'Île		
Institut de réadaptation de Montréal	Région de Montréal	Clientèle «jeune»
	Autres régions	Clientèle présentant des besoins «complexes» Toutes clientèles

Le partage des lits pour la clientèle «AVC et autres DX neurologiques» entre le CSSS Cavendish et l'Hôpital Villa Médica a été établi en fonction des jours d'hospitalisation pour des diagnostics neurologiques en 2003-2004 et de la population d'expression anglaise de chacun des territoires de CSSS en tenant compte, également, qu'une partie de la clientèle utilisera les lits de l'Hôpital Juif de réadaptation à Laval.¹²

Un guichet unique d'accès aux services sera mis en place par les quatre établissements concernés (en incluant l'IUGM). Toutes les demandes de services posthospitaliers de RFI y seront donc acheminées.¹³ Ce guichet unique facilitera l'orientation de la clientèle par les établissements référents et favorisera l'application d'un principe de «vases communicants» entre les quatre établissements pour permettre, au besoin, d'équilibrer les demandes de services entre les établissements et ainsi minimiser les délais d'accès.

Il importe de souligner que ces établissements mandatés pour desservir la clientèle du programme «déficience physique» sont responsables de dispenser tant les services internes qu'externes de réadaptation fonctionnelle intensive à la clientèle post-hospitalisée. Les ressources prévues pour ce faire se présentent de la façon suivante :

¹² Il est considéré que la clientèle qui utilisera les 18 lits de neurologie de l'Hôpital Juif de réadaptation prévus pour la population montréalaise aurait été desservie par le CSSS Cavendish. Ces 18 lits ont donc été retranchés du nombre de lits à dresser théoriquement par cet établissement.

¹³ Une copie de la demande sera également envoyée au CSSS concerné. Les modalités entourant la référence de la clientèle seront traitées dans le cadre des travaux de mise en œuvre de cette réorganisation.

Tableau 14 : Heures de services externes prévues (heures travaillées) pour la clientèle du programme «déficience physique»

Établissements	Neurologie	Amputations et BOG	Brûlures graves	Total
CSSS Cavendish*	8 553			8 553
Lindsay – IRM**	13 645	11 020		24 665
Villa Médica	18 562	838	5 500	24 905
Total		11 858	5 500	

* Exclut la clientèle avec une problématique en neurologie desservie par le programme de réadaptation gériatrique.

* Exclut les services externes à la clientèle TCC ou avec une blessure médullaire.

7.3 Le programme de réadaptation gériatrique

Un total de 67 lits est prévu au niveau du programme de réadaptation gériatrique. Ce programme se retrouvera dans deux établissements, soit l'IUGM et le CSSS Cavendish.

Les lits disponibles dans le cadre de ce programme ont été ventilés par programme-services, tel que le présente le tableau qui suit.

Tableau 15 : Lits de réadaptation gériatrique

Établissements	Réadaptation gériatrique	Lits par programme-clientèle	
		Neurologie*	Santé physique
IUGM	45	20	25
CSSS Cavendish	22	10	12
Total	67	30	37

* L'identification du nombre de lits à prévoir pour la clientèle de neurologie a été effectuée à partir de la proportion des lits de l'IUGM utilisée par cette clientèle en 2003-2004.

Par ailleurs, les lits dédiés à la clientèle du programme «santé physique» sont partagés entre les douze territoires de CSSS de la façon suivante :

**Tableau 16 : Lits de réadaptation gériatrique pour la clientèle
du programme «santé physique» par territoire de CSSS**
(avec un taux d'occupation de 90 %)

CSSS	IUGM	CSSS Cavendish	Total
CSSS de l'Ouest-de-l'Île		3	3
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle		3	3
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	2,5		2,5
CSSS Cavendish		4	4
CSSS de la Montagne	3	2	5
CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	3		3
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	4		4
CSSS du Cœur-de-l'Île	2		2
CSSS Jeanne-Mance	2		2
CSSS de St-Léonard et St-Michel	2		2
CSSS Lucille-Teasdale	3,5		3,5
CSSS de la Pointe-de-l'Île	3		3
Total	25	12	37

Pour répartir les lits de réadaptation gériatrique disponibles pour la clientèle d'orthopédie et de soins subaigus entre les douze CSSS, le nombre de jours d'hospitalisation en CHSGS de la population adulte **de 75 ans et plus** de chaque territoire de CSSS en 2004-2005 a été utilisé (en excluant les hospitalisations en psychiatrie). Il appartiendra aux CSSS d'orienter la clientèle de leur territoire le nécessitant vers ce type de ressource.

En ce qui a trait aux besoins en services externes de la clientèle admise dans les lits de réadaptation gériatrique, pour la clientèle de neurologie, ils seront offerts par les deux établissements opérant un programme de réadaptation gériatrique. Le tableau qui suit présente donc le nombre d'heures de services externes prévu pour la clientèle du programme de réadaptation gériatrique ayant une problématique en neurologie.¹⁴

Tableau 17 : Heures de services externes prévues (heures travaillées) pour la clientèle du programme de réadaptation gériatrique ayant une problématique en neurologie

Établissements	Nombre d'heures de services externes
CSSS Cavendish	1 414
Institut Universitaire de gériatrie de Montréal	2 828
Total	4 542

Dans le cas du CSSS Cavendish, ces heures de services s'ajoutent à celles prévues pour le programme «AVC et autres Dx neurologiques». Dans le cas de l'IUGM, ces services seront offerts par l'hôpital de jour opéré par cet établissement.

¹⁴ Le niveau de services externes à prévoir a été estimé de la même façon que pour les autres clientèles du programme «AVC et autres Dx neurologiques» en utilisant toutefois la durée moyenne de séjour observée à l'IUGM plutôt que dans l'ensemble des établissements.

La clientèle avec une problématique relevant du programme «santé physique» admise dans le programme de réadaptation gériatrique sera orientée vers l'hôpital de jour de son secteur pour recevoir les services externes requis par sa condition, le cas échéant.

7.4 La desserte de la clientèle des autres régions

Rappelons que, sauf pour la clientèle de la région de Laval, en attendant que les régions limitrophes puissent desservir leur clientèle, la région de Montréal maintiendra l'offre de service actuelle à la clientèle de l'extérieur de la région.¹⁵ Les services à maintenir pour la clientèle des régions limitrophes seront concentrés dans un nombre limité d'établissements montréalais. Pour la clientèle de Laval, en vertu de l'entente intervenue entre les deux Agences, une trentaine de lits seront disponibles pour cette clientèle. Parallèlement, un maximum de 30 lits pourra être utilisé à l'Hôpital Juif de réadaptation de Laval par la clientèle montréalaise. Le tableau qui suit fait état des responsabilités confiées aux établissements montréalais à l'égard de la clientèle des autres régions.

Tableau 18 : Desserte de la clientèle des autres régions

Régions	Orthopédie		Soins subaigus		AVC et autres neuro		Amputations	
	Lits	Établissements	Lits	Établissements	Lits	Établissement	Lits	Établissements
Laval	15	Marie-Clarac	14	Marie-Clarac	-	Lindsay-IRM	15	Villa Médica
Laurentides	10		4					
Lanaudière	11		3					
Montréal	15	Villa Médica	5	Villa Médica	24			
Montréal	12	Cavendish	3	Cavendish				
Autres régions	3	Lindsay-IRM	2	Lindsay-IRM				
Total	66		31		24		15	
Grand total	136							

Des services externes seront également offerts aux clientèles préalablement admises dans ces établissements à la mesure des moyens de la région.

¹⁵ Sauf pour les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou pour lesquelles une réduction du nombre de lits est prévue de la même façon que pour la clientèle montréalaise.

8. SYNTHÈSE

En guise de synthèse, deux tableaux joints en annexe présentent :

- les lits dressés dans chaque établissement après réorganisation, et ce, par programme-clientèle;
- les établissements qui seront appelés à desservir, au plan de la réadaptation et des soins subaigus, la clientèle de chaque territoire de CSSS suite à la réorganisation.

ANNEXE

Tableau 19 : Lits de réadaptation et de soins subaigus dressés dans la région
(avec un taux d'occupation de 90 %)

Établissements	Lits pour CSSS		Lits pour mandats régionaux et services surspécialisés								Clientèles des autres régions				Total
	Orthopédie	Soins subaigus	Réadaptation gériatrique	AVC et autres neuros	Amputations	Brûlures graves	TCC	Blessures et lésions médullaires	BOG	Orthopédie	Soins subaigus	AVC et autres neuros	Amputations		
CSSS Cavendish	46	18	22	25						12	3			126	
Marie-Clarac	88	40								36	21			185	
Villa Médica	25	11		65		6				15	5		15	142	
IRM- Lindsay	52	22		15	21		18		4	3	2	24		192	
CSSS Jeanne-Mance	18	9												27	
CSSS Lucille-Teasdale	23	10												33	
CSSS Verdun	21	12												33	
CSSS B-Cartierville-St-Laurent	17	5												22	
IUGM	0	0	45											45	
Total	290	127	67	105	21	6	18	31	4	66	31	24	15	805	

ANNEXE

Tableau 20 : Portrait des établissements desservant la clientèle de chaque territoire de CSSS

CSSS	Orthopédie	Soins subaigus	Neurologie	Réadaptation gériatrique	Amputés	TCC/blessures médullaires	Brûlures graves	Nombre de partenaires
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CSSS Cavendish		CSSS Cavendish et IRM	CSSS Cavendish				2
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	Le CSSS		CSSS Cavendish et IRM	CSSS Cavendish				2
CSSS du Sud-Ouest—Verdun	Le CSSS		Villa Médica* et IRM	IUGM				3
CSSS Cavendish	Le CSSS		Le CSSS et IRM	Le CSSS				1
CSSS de la Montagne	IRM		CSSS Cavendish et IRM	CSSS Cavendish et IUGM				3
CSSS B.-Cartierville—St-Laurent	Le CSSS et Marie-Clarac		Villa Médica* et IRM	IUGM				4
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Marie-Clarac		Villa Médica* et IRM	IUGM				4
CSSS du Cœur-de-l'Île	Villa Médica		Villa Médica* et IRM	IUGM				3
CSSS Jeanne-Mance	Le CSSS		Villa Médica* et IRM	IUGM				3
CSSS de St-Léonard et St-Michel	Marie-Clarac		Villa Médica* et IRM	IUGM				4
CSSS Lucille-Teasdale	Le CSSS et Villa Médica		Villa Médica* et IRM	IUGM				3
CSSS de la Pointe-de-l'Île	Marie-Clarac		Villa Médica* et IRM	IUGM				4

* Sauf la clientèle d'expression anglaise