

# CADRE DE RÉFÉRENCE

SERVICES POSTHOSPITALIERS EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE  
ET SOINS SUBAIGUS

2007

# CADRE DE RÉFÉRENCE

SERVICES POSTHOSPITALIERS EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE  
ET SOINS SUBAIGUS

OCTOBRE 2007

*Le Cadre de référence, services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9  
514 286-6500 – [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

#### Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé pour alléger le texte.

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

ISBN 978-2-89510-400-1 (Imprimé)

ISBN 978-2-89510-401-8 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

# Table des matières

1. Introduction .....	6
2. Modalités de référence et mandats des établissements .....	8
3. Engagement des parties .....	11
4. Critères généraux d'admission .....	12
5. Information et documents généraux requis lors de l'admission .....	13
6. Critères généraux de fin d'intervention .....	14
7. Cadre de référence et critères d'admission spécifiques selon les clientèles .....	15
<b>1. Système nerveux</b>	
1.1 Accidents vasculaires cérébraux .....	15
1.2 Les lésions médullaires .....	17
1.2.1 Non traumatiques et traumatiques .....	17
1.2.2 Tétraplégie ventilo-assistée (TVA) .....	19
1.3 Traumatisme cranio-cérébraux (TCC) .....	21
1.4 Autres pathologies neurologiques .....	23
<b>2. Système musculo-squelettique</b>	
2.1 Fractures et luxations .....	25
2.2 Autres atteintes du rachis sans atteintes neurologiques sévères .....	26
2.3 Maladies dégénératives et inflammatoires .....	27
2.4 Lésions musculo-squelettiques complexes, incluant les blessures orthopédiques graves (BOG) .....	28
2.5 Brûlures graves .....	29
2.6 Amputations .....	31
<b>3. Atteintes multisystémiques</b>	
3.1 Soins subaigus .....	32
3.2 Réadaptation gériatrique .....	33
8. Glossaire .....	35

# 1 Introduction

Un des mandats confiés au groupe de travail sur le Plan de mise en œuvre du modèle d'organisation des services posthospitaliers était de définir, de la façon la plus standardisée possible, les différentes clientèles. Nous voulions, par cette standardisation, que tous les acteurs concernés soient en mesure de bien cibler la clientèle qui devrait être référée en réadaptation dans les CSSS ou en centre hospitalier de réadaptation.

Le sous-groupe médical a contribué à l'élaboration du document en y apportant des commentaires et des précisions afin que le résultat final représente un consensus des professionnels et des médecins. Ce document reflète donc la vision et les orientations des acteurs (gestionnaires, professionnels et médecins) en réadaptation fonctionnelle intensive.

**Note:** Chacune des définitions contenues dans ce document provient soit du MSSS soit d'un ou de plusieurs établissements, ou elle a été élaborée par le groupe de travail et validée par le sous-groupe médical.

## Définition du programme-services santé physique

Un ensemble de services visant la personne de tout âge qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements généraux, spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu afin de répondre à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent être de nature aiguë et réversible.

Le groupe de travail et le sous-groupe médical reconnaissent que ce programme vise aussi la personne qui est aux prises avec des problèmes de santé chronique, et donc irréversibles, auxquels s'ajoute une maladie ponctuelle, et donc irréversibles, notamment chez la personne âgée.

## Définition du programme-services déficience physique

Un ensemble de services visant la personne de tout âge dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque, selon toute probabilité, d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques), reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est ou risque d'être réduit. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale.

## Définition du programme-réadaptation gériatrique

Un ensemble de services visant la personne âgée présentant une pluripathologie et des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, une fragilité avec des **incapacités dans plus d'un domaine** (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychologique, relationnel, etc.). Ces personnes nécessitent une **évaluation de façon systématique** des éléments de **vulnérabilité** et de **complexité**. Elles ont un **potentiel de réadaptation, mais ne cadrent pas dans une approche traditionnelle de réadaptation intensive** : une individualisation de l'intensité des thérapies au point de vue de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et est essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, elles prennent plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, ce sont des personnes dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé, et ce, de façon importante et qui nécessitent une approche spécialisée en gériatrie.

## Définition du centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ)

Le CEBMOQ est désigné pour recevoir en aigu les personnes ayant une lésion médullaire traumatique, selon la décision du MSSS (1997). Ce centre d'expertise comprend l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut de réadaptation de Montréal et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

Le centre d'expertise a reçu le mandat de traiter toutes les personnes de l'ouest du Québec ayant une lésion traumatique, et ce, dès que survient le traumatisme. En ce sens, la réadaptation débute à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le centre d'expertise a également reçu le mandat de traiter toutes les personnes ayant une tétraplégie ventilo-assistée d'origine traumatique au Québec. Pour cette clientèle spécifique se joint au CEBMOQ le Programme national de ventilation à domicile (PNAVD). L'énoncé de critères d'admission pour les lésions médullaires traumatiques TVA dans ce document n'annule pas le principe reconnu par le MSSS que cette clientèle doit être concentrée dans un seul centre aigu expert, et ce, dès l'accident.

- Préalablement à l'admission, la personne TVA aura eu une période d'évaluation de sa capacité de sevrage et une transition de son mode de ventilation type « soins intensifs » vers un mode de ventilation long terme compatible avec la vie hors du centre de soins aigus. Cette transition doit se faire dans un centre tertiaire désigné, partageant l'approche et la philosophie de réadaptation avec le CEBMOQ, en raison des besoins spécifiques de cette clientèle. Ce centre doit également fournir un soutien posttransfert au CEBMOQ advenant une complication médicale nécessitant l'accès à des services non disponibles chez lui. Le délai d'accès doit être adéquat selon l'urgence du besoin. Ce soutien inclut une réadmission au centre d'origine selon les complications.
- Les personnes TVA doivent être transférées directement dans leur milieu de vie au moment du congé de la réadaptation étant donné la complexité de la planification du congé en termes d'enseignement, d'équipement et de soutien postcongé, d'où la nécessité d'un engagement du CSSS d'appartenance. De plus, le centre tertiaire unique ne peut être l'hôpital référant pour un retour post réadaptation, car compte tenu des délais actuels, il serait rapidement non fonctionnel.

## **Définition du centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves**

Le centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves (CEPVBG) de l'ouest du Québec réunit un établissement de soins physiques, le CHUM, et un établissement de réadaptation, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, auxquels est associé un organisme communautaire, Entraide Grands brûlés. Ce consortium, constitué en 2004 par le MSSS, dessert la population du sud-ouest du Québec comprenant, outre la région de Montréal, celles de Laval, de Lanaudière, des Laurentides, de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Montérégie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie-Centre du Québec et du Nord du Québec (ouest).

Intégré au réseau provincial de traumatologie, le centre d'expertise a pour missions régionale et suprarégionale d'offrir à la clientèle adulte des soins physiques, des services de réadaptation fonctionnelle intensive, précoce et tardive, et des services psychosociaux dans un continuum harmonisé visant à la fois une réintégration sociale et professionnelle optimale, soutenue en partenariat par divers organismes de soutien de proximité. Pour être en mesure d'assurer l'ensemble des services, l'Hôpital de réadaptation Villa Médica a conclu une entente de services avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

À la suite de la phase de soins aigus et de réadaptation précoce, une phase de réadaptation fonctionnelle intensive, interne puis externe, prépare le transfert de cette clientèle vers sa région d'appartenance, en tenant compte des ressources locales disponibles, soutenues à distance par le centre d'expertise.

La fluidité dans l'articulation du continuum de soins requiert le respect des niveaux de ressources requises et les critères définis, tant généraux que spécifiques, pour y accéder.

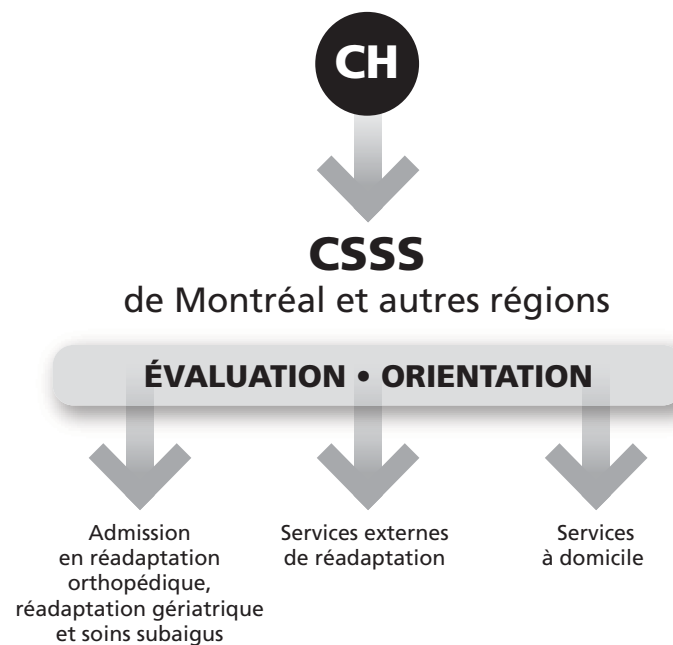
## 2 Modalités de références et mandats des établissements

De nouvelles modalités de référence ont été élaborées afin de faciliter l'orientation de la clientèle selon les programmes-services.

Ainsi, les demandes de service pour les *clientèles santé physique et réadaptation gériatrique* doivent être dirigées vers les **CSSS**. Les demandes entreront par chacune des installations CLSC des CSSS, selon l'adresse de la clientèle, et seront regroupées (guichet unique) pour **évaluation/orientation**.

Selon les besoins, la clientèle pourra être admise au sein de l'**établissement** ou orientée vers un autre **établissement pairé avec le CSSS**, soit pour la *santé physique (orthopédie et les soins subaigus)*, soit pour la *réadaptation gériatrique*. Selon sa condition, le CSSS pourra plutôt orienter l'utilisateur à domicile et lui assurer des **services externes de réadaptation** du CSSS ou lui dispenser des **services à domicile**.

**SHÉMA 1 – Nouvelles modalités de référence**  
Clientèles santé physique et réadaptation gériatrique

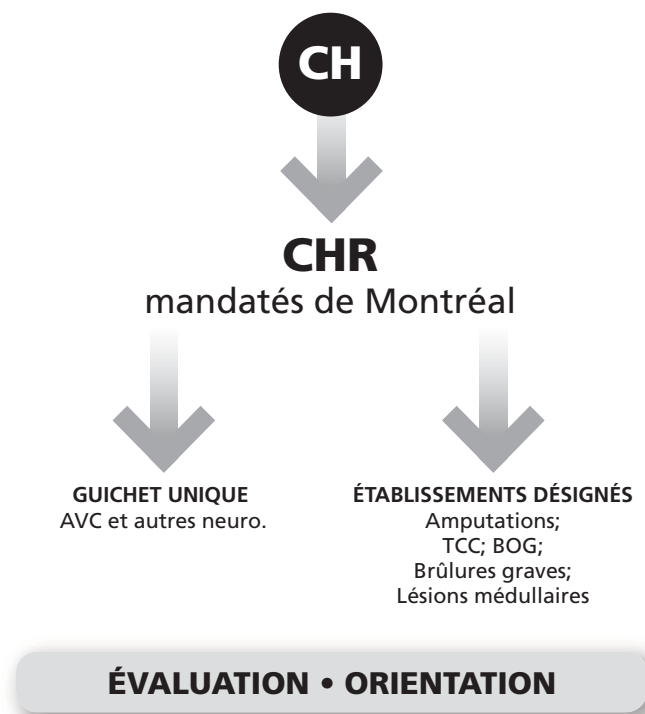


## 2

En ce qui a trait aux demandes de service pour la *clientèle en déficience physique résidente de Montréal*, elles doivent être acheminées aux **centres hospitaliers de réadaptation (CHR) mandatés de Montréal**. La clientèle AVC et autres neuro doit être orientée, par ailleurs, vers le **guichet unique** identifié à ce nom.

### SHÉMA 2 – Nouvelles modalités de référence

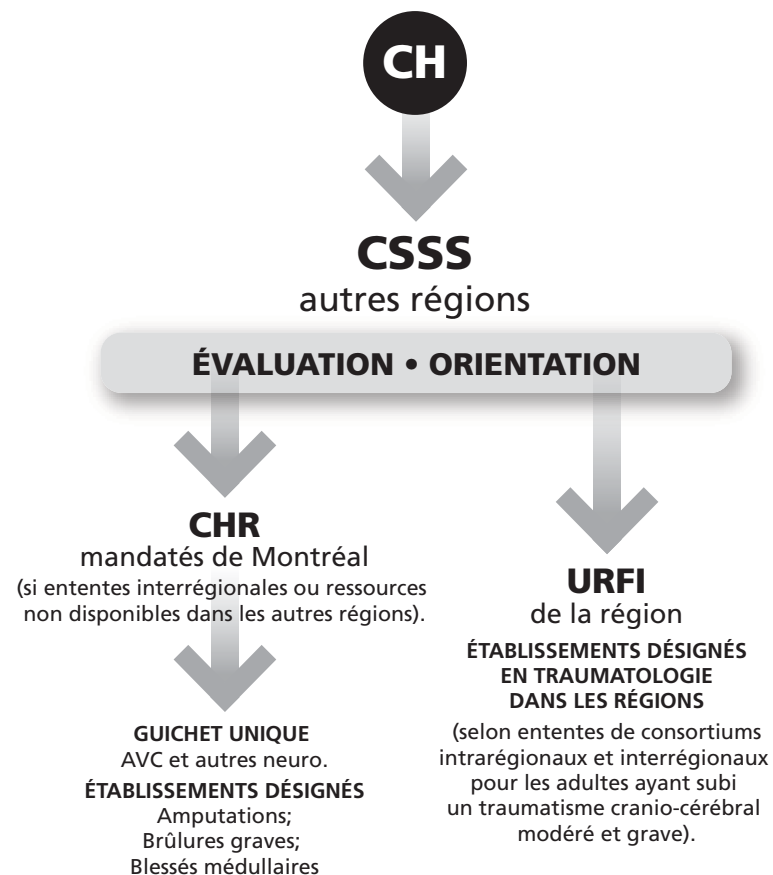
Autres programmes – Résidents de la région de Montréal



Les demandes de service pour la *clientèle en déficience physique des autres régions* doivent d'abord être orientées vers les **CSSS** d'appartenance de la personne. Après **évaluation/orientation**, ces établissements pourraient décider de les orienter vers une **URFI** ou un **établissement désigné en traumatologie de leur région**. Un CSSS pourrait plutôt orienter un usager vers un **CHR mandaté de Montréal**, selon une entente interrégionale ou un problème de disponibilité de ressources dans la région.

### SHÉMA 3 – Nouvelles modalités de référence

Autres programmes – Résidents des autres régions



## 2 Mandats des établissements

Clientèle en déficience physique, santé physique et réadaptation gériatrique

	DÉFICIENCE PHYSIQUE	SANTÉ PHYSIQUE	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
<b>SYSTÈME NERVEUX</b>			
AVC	IRM/Lindsay Cavendish Villa Médica		IUGM Cavendish
L.M. NON-TRAUMA	IRM/Lindsay		IUGM
L.M. TRAUMA	IRM/Lindsay		●
T.V.A.	IRM/Lindsay		●
T.C.C.	IRM/Lindsay		●
AUTRES NEUROS	IRM/Lindsay Cavendish Villa Médica		IUGM Cavendish
<b>SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE</b>			
FRACTURES ET LUXATIONS		CSSS CHR	IUGM
RACHIS SANS NEUROS		CSSS CHR	IUGM
MALADIES dégénératives et inflammatoires		CSSS CHR	IUGM
Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les B.O.G.	IRM/Lindsay		●
BRÛLÉ	Villa Médica		●
AMPUTÉS	IRM/Lindsay Villa Médica (hors région de Montréal)		●
<b>MULTISYSTÉMIQUE</b>			
SOINS SUBAIGUS		CSSS CHR	IUGM Cavendish

- Pour ces diagnostics, la personne est référée à l'établissement mandataire (IRM/Lindsay ou Villa Médica pour les brûlés et amputés hors Montréal) et un lien sera fait au besoin avec l'établissement mandataire du profil gériatrique (IUGM et CSSS Cavendish et Catherine – Booth) selon le territoire de desserte afin de compléter, selon les besoins du patient, l'offre de services spécialisés.

### 3 Engagement des parties

Le centre hospitalier s'engage à réadmettre son patient sur demande et sans délai lorsqu'il y a une complication ou une détérioration de son état de santé.

Le centre hospitalier référant s'engage à reprendre son patient lorsque celui-ci ne peut réintégrer son milieu à la fin de son épisode de réadaptation en interne selon les critères de fin d'intervention dans un délai maximal de deux semaines. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, de concert avec les centres hospitaliers, les CSSS et les CHR désire rendre accessibles des ressources d'hébergement de transition et déterminer les modalités d'accès pour les usagers qui ne peuvent réintégrer leur milieu à la fin de leur épisode de réadaptation afin d'éviter un retour au centre hospitalier.

Le CSSS s'engage à prendre en charge<sup>1</sup> la personne à la fin de son épisode de réadaptation et lorsqu'elle réintègre son milieu afin d'assurer la continuité des services.

Les établissements référents (centre hospitalier ou CSSS) s'engagent à :

- compléter la DSIE, incluant les pages complémentaires et les formulaires pertinents, pour toute demande d'admission ;
- respecter les mécanismes des références établies pour les services post-hospitaliers en réadaptation et en soins sub-aigus ;
- aviser l'établissement prestataire de services de tout changement du statut du patient (plaies, infections nosocomiales, maladies contagieuses, etc.) avant l'admission ;
- déclarer tous les diagnostics secondaires ;
- fournir, avant l'admission, les informations sur les fournitures particulières ou du matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.);
- aviser l'établissement prestataire de services de toutes précautions nécessaires par rapport aux soins cliniques.
- informer le CSSS (par le centre hospitalier, au moyen de la DSIE) lors de l'orientation d'un patient vers un centre de réadaptation pour des services externes.

Les établissements prestataires de services s'engagent à :

- assurer un délai de réponse de deux jours ouvrables entre l'envoi de la DSIE et la décision sur l'acceptation ou non de la demande d'admission ;
- confirmer, selon le cas, l'admission auprès de l'établissement référant 24 heures ouvrables avant celle – ci ; soit par un avis d'acceptation ou un suivi d'intervention provenant de l'application DSIE
- maintenir un taux d'occupation global minimum de 90 %.
- informer le CSSS (par le CHR, au moyen de la DSIE) lors de l'orientation d'un patient vers un centre de réadaptation pour des services externes.

1. Par prendre en charge, on entend : 1) assurer la prestation des services requis, selon le mandat du CSSS et le type de ressources disponible au CSSS ; ou 2) assurer la coordination, par l'entremise d'ententes de services avec les établissements partenaires du CSSS, à l'accès aux services médicaux généraux ou de spécialistes et aux autres services cliniques requis.

## 4 Critères généraux d'admission

Ces critères d'admission s'appliquent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un centre hospitalier de réadaptation ou vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Chacun de ces critères doit être respecté au moment de l'admission.

- 1) Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus;
- 2) présence d'incapacités physiques ou cognitives interférant avec la reprise des habitudes de vie (AVD et AVQ);
- 3) nécessite des **services de réadaptation sur une base quotidienne** et des soins médicaux ou infirmiers.;
- 4) potentiel de réadaptation :
  - pronostic favorable d'amélioration au plan de son autonomie;
  - potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités;
  - capacité de comprendre et de suivre des consignes simples;
  - capacité de participer activement à la réadaptation.
- 5) Le client ou son représentant consent au transfert de l'utilisateur au programme de réadaptation ou au programme de soins subaigus adaptés à sa condition;
- 6) Le client ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation ou soins subaigus à l'interne :
  - en raison de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs);
  - de surcharge physique et psychologique pour lui-même ou pour ses proches;
  - en raison d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.
- 7) États médical, psychiatrique, chirurgical et postchirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme):
  - aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent son transfert;
  - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation ou de soins subaigus;
  - les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active et s'il y a trachéotomie, il n'y a pas de risque d'obstruction aiguë.
- 8) Absence de troubles de comportement graves non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui;
- 9) Absence de toutes conditions qui pourraient **empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat**, la réadaptation;
- 10) Statut nosocomial **défini (moins de 7 jours)** y compris le dépistage ERV et SARM effectué et résultats connus. Absence de *Clostridium difficile* symptomatique.

## 5 Information et documents généraux requis lors de l'admission du client

L'information et les documents requis lors de l'admission du patient s'adressent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un centre hospitalier de réadaptation ou vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Chacun des éléments doit accompagner le patient lors de son admission. Il est important de réduire le nombre de documents à photocopier ou à numériser.

- 1) Ordonnance de départ (incluant les médicaments réguliers) et le profil pharmacologique récent;
- 2) feuille sommaire médicale et, si disponible, le protocole opératoire;
- 3) rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents;
- 4) rapports des procédures récentes demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, etc.);
- 5) mise à jour des résultats du statut nosocomial (moins de 48 heures);
- 6) rapports des médecins consultants et des autres professionnels de la réadaptation;
- 7) plan de soins;
- 8) profils de glycémie et d'anticoagulothérapie (incluant les protocoles) lorsque requis;
- 9) identification de la prise en charge du suivi de l'anticoagulothérapie;
- 10) numéro de la carte RAMQ avec date d'expiration.

N.B.: L'état nutritionnel (type de diète, gavage, etc.) doit être rempli au moyen du formulaire spécifique pour la nutrition clinique dans la DSIE.

De plus, il faut s'assurer que la confirmation écrite des rendez-vous de suivi avec le(s) médecin(s) spécialiste(s) (dates, heures, nom du (des) médecin(s), lieu, etc.) est comprise dans le formulaire principal de la DSIE.

**Ne pas envoyer le dossier médical.**

## 6 Critères « généraux » de fin d'intervention

La réadaptation fonctionnelle intensive ou les soins subaigus à l'interne prennent fin lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présente :

- 1) la personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie (domicile\*, centre d'hébergement, ressource intermédiaire (RI) ou alternative (RA), ressource de type familial (RTF) de façon sécuritaire avec ou sans aide et peut, lorsque requis, recevoir des services de réadaptation sur une base externe ;
- 2) la poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur l'autonomie personnelle et sociorésidentielle de la personne ;
- 3) la personne refuse de poursuivre sa réadaptation, tout en étant apte à prendre des décisions ;
- 4) la personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme ;

L'état médical du patient ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation ou de soins subaigus ;

Il est possible de créer un modèle de suivi dans la DSIE afin que l'établissement de réadaptation informe le CSSS et termine la DSIE.

- \* Pour un retour à domicile, l'aide nécessaire n'excède pas ce que le proche aidant peut offrir (incluant soutien CLSC ou assistance privée)

## 7 Cadre de référence et critères d'admission spécifiques selon les clientèles

### 1. Système nerveux

#### 1.1 Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

---

##### Définition

- Personne ayant subi une ou plusieurs lésions cérébrales acquises de nature ischémique et/ou hémorragique. L'AVC peut entraîner des incapacités physiques (tels des troubles moteurs, sensoriels, de la coordination, de l'équilibre, de la vision, du langage et/ou de la déglutition) et des incapacités cognitives et psychologiques (telles que la modification du comportement et de l'état émotionnel). Les AVC du tronc font aussi partie de cette clientèle cible.
- L'incapacité qui résulte de l'AVC est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales.

---

##### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
- Si cela s'avère impossible **à court terme**:
  - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle
  - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation
  - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert
    - soins trachéo: maximum de trois aspirations q huit heures
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.

---

##### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de la demande  
d'admission**

- DSIE général et page complémentaire (Système nerveux)
- Pour trachéotomie:
  - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie;
  - 2) raison du maintien de la trachéotomie;
  - 3) y a-t-il eu des essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence;
  - 4) intégrité du larynx:
    - présence de sténose, laryngomalacie, granulome;
    - histoire de fistule;
    - mobilité des cordes vocales;
    - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL;
    - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.
  - 5) Description de la canule (taille, type).
- Spécialistes (pneumologue, ORL, etc.) identifiés avec leurs coordonnées et rendez-vous de suivi confirmés.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

---

**Établissements  
receveurs**

- IRM – Lindsay
- Villa Médica
- CSSS Cavendish
- IUGM

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires.
- Texture de la nourriture et consistance (particulièrement pour les patients dysphagiques).
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

# 1. Système nerveux

## 1.2 Les lésions médullaires

### 1.2.1 Non traumatiques et traumatiques

#### Définition de la lésion médullaire non traumatique

- Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière ou à la queue de cheval, documentée, d'origine non traumatique, laissant des séquelles significatives et persistantes et présentant une paraplégie ou une tétraplégie. Nous y retrouvons les étiologies suivantes à titre d'exemples :
  - lésion médullaire ischémique ou hémorragique (malformation artério-veineuse, embolie, postexérèse d'anévrisme de l'aorte abdominale);
  - lésion médullaire infectieuse (abcès épidural, discite);
  - lésion médullaire secondaire à une tumeur primaire (méningiome, épendymome);
  - lésion médullaire secondaire à une lésion dégénérative de la colonne (arthrose, sténose spinale, hernie discale);
  - syringomyélie;
  - myélite transverse.
- Toute autre lésion du système nerveux central ou périphérique laissant des séquelles significatives et persistantes et entraînant une paraplégie ou une tétraplégie sera considérée.

#### Définition de la lésion médullaire traumatique

- Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière ou de la queue de cheval, documentée, d'origine traumatique, laissant des séquelles significatives et persistantes et entraînant une paraplégie ou une tétraplégie.
- Le mécanisme du traumatisme crée une instabilité au niveau de la colonne à la suite d'une fracture et/ou d'une lésion ligamentaire/discale. Parfois, une lésion à la moelle épinière peut survenir sans fracture (SCIWORA\*, sténose spinale). Dans ces circonstances, un lien avec un événement traumatique doit être établi.

\* SCIWORA : Spinal Cord Injury w/o Radiological Abnormality

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie, etc.). Dans le cas de traitement de maintien, les modalités doivent être établies préalablement au transfert et être d'intensité acceptable pour la réadaptation.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
- Si cela s'avère impossible **à court terme** :
  - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;
  - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;
  - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert :
    - soins trachéo : maximum de trois aspirations q huit heures.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire
- Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase.
- Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube nasogastrique).
- La lésion causant la paraplégie ou la tétraplégie doit être stable médicalement, de façon optimale.

---

**Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne**

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

---

**Information/documents requis lors de la demande d'admission**

- DSIE général et page complémentaire (Système nerveux)
- Pour trachéotomie:
  - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie;
  - 2) raison du maintien de la trachéotomie;
  - 3) y a-t-il eu des essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence ?
  - 4) intégrité du larynx:
    - présence de sténose, laryngomalacie, granulome;
    - histoire de fistule;
    - mobilité des cordes vocales;
    - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL;
    - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.
  - 5) description de la canule (taille, type).
- Spécialistes (pneumologue, ORL, etc.) identifiés avec leurs coordonnées et rendez-vous de suivi confirmés.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

---

**Établissements receveurs**

- IRM – Lindsay IUGM (avec profil gériatrique pour la clientèle non traumatique seulement)

---

**Information/documents requis lors de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires.
- Texture de la nourriture et consistance (particulièrement pour les patients dysphagiques). Formulaire Nutrition clinique
- Information (DSIE) mise à jour 24 heures avant le transfert.

# 1. Système nerveux

## 1.2 Les lésions médullaires

### 1.2.2 Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)

#### Définition de la lésion médullaire non traumatique TVA

- Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière, documentée, d'origine non traumatique, laissant des séquelles significatives et persistantes. Ceci entraîne une tétraplégie et un syndrome restrictif ventilatoire sévère. Ce syndrome restrictif est secondaire à une faiblesse du diaphragme et nécessite un support ventilatoire mécanique partiel ou total à long terme.
- La dépendance n'est pas secondaire à une maladie du parenchyme pulmonaire. Il doit être clairement démontré qu'aucune autonomie ventilatoire complète n'est possible, et ce, après un temps d'évolution de la maladie ou un temps postlésionnel raisonnable.
- Un support ventilatoire à long terme se mesure en termes d'années.
- Toute autre lésion du système nerveux central ou périphérique laissant des séquelles significatives et persistantes et entraînant une tétraplégie associée à un syndrome restrictif ventilatoire sévère, tel que défini ci-dessus, sera considérée.

#### Définition de la lésion médullaire traumatique TVA

- Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière, documentée, **d'origine traumatique**, laissant des séquelles significatives et persistantes, entraînant une tétraplégie et un syndrome restrictif ventilatoire sévère. Ce syndrome restrictif est secondaire à une paralysie du diaphragme et nécessite un support ventilatoire mécanique partiel ou total à long terme. La dépendance n'est pas secondaire à une atteinte du parenchyme pulmonaire.
- Il doit être clairement démontré qu'aucune autonomie ventilatoire complète n'est possible, et ce, après un temps d'évolution posttraumatique raisonnable.
- Un support ventilatoire à long terme se mesure en termes d'années.
- La lésion médullaire est habituellement au-dessus de C4 (4<sup>e</sup> vertèbre cervicale)

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux de la page 9.
- La lésion causant la tétraplégie doit être stable médicalement, de façon optimale. Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie, etc.). Dans le cas de traitement de maintien, les modalités doivent être établies préalablement au transfert et être d'intensité acceptable pour la réadaptation.
- Provenance d'un centre tertiaire désigné unique.
- Prise en charge préalable par le PNAVD (programme national d'assistance ventilatoire à domicile). Aucune désaturation nocturne depuis une semaine avant l'admission.
- Engagement du CSSS d'origine à trouver un milieu de vie alternatif au domicile disponible dès le congé. L'IRM s'engage à aviser le CSSS de la date du congé au moins quatre semaines à l'avance. Tout délai d'orientation postcongé de la réadaptation résultera en un transfert à l'hôpital référant initial et non au centre unique tertiaire. La personne sera ensuite orientée vers le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau où s'effectuera la démarche du retour à domicile ou la recherche d'un milieu substitut, en collaboration avec le CSSS d'appartenance de la personne.
- Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase.

- Durée d'autonomie ventilatoire stabilisée.
- Dégonflage du ballonnet réalisé et ventilation à fuite possible de jour et idéalement la nuit.
- Aucune désaturation nocturne, sans usage d'oxygène, depuis une semaine avant l'admission.
- Niveau de sécrétion acceptable pour le milieu non intensif.
- Si trachéostomie, absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle.
- Utilisation des ventilateurs portatifs depuis deux semaines avec paramètres de ventilation identiques depuis sept jours.
- Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube nasogastrique) Formulaire DSIE Nutrition clinique.

---

**Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne**

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

---

**Information/documents requis lors de la demande d'admission**

- DSIE général et page complémentaire (Système nerveux)
- Pour trachéotomie :
  - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie ;
  - 2) raison du maintien de la trachéotomie ;
  - 3) y a-t-il eu des essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence ?
  - 4) intégrité du larynx :
    - présence de sténose, laryngomalacie, granulome ;
    - histoire de fistule ;
    - mobilité des cordes vocales ;
    - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL ;
    - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.
    - description de la canule (taille, type).
  - 5) Spécialistes (pneumologue, ORL, etc.) identifiés avec leurs coordonnées et rendez-vous de suivi confirmés.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

---

**Établissements receveurs**

- IRM – Lindsay

---

**Information/documents requis lors de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires.
- Texture de la nourriture et consistance (particulièrement pour les patients dysphagiques).
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

---

**Autres**

Attribution de deux ventilateurs portatifs personnels.

# 1. Système nerveux

## 1.3 Traumatismes crânio-cérébraux (TCC)

Les critères d'admission spécifiques, de fin d'intervention, l'information/documents requis lors de la demande d'admission ou lors du transfert doivent respecter les orientations du Consortium interrégional de soins et services de l'ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral modéré ou grave.

### Définition

- Personne ayant subi une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Voir catégories de gravité du TCC à la page suivante.

### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
- Si cela s'avère impossible à **court terme**:
  - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;
  - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;
  - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert.
    - Soins trachéo: maximum de trois aspirations q huit heures.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.

### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

### Informations/documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE général et page complémentaire (Système nerveux)
- Pour trachéotomie:
  - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie;
  - 2) raison du maintien de la trachéotomie;
  - 3) y a-t-il eu des essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence;
  - 4) intégrité du larynx:
    - présence de sténose, laryngomalacie, granulome;
    - histoire de fistule;
    - mobilité des cordes vocales;
    - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL;
    - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.

- 5) description de la canule (taille, type);
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

#### Établissements receveurs

- IRM-Lindsay

#### Informations/ documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. Mise à jour de la DSIE sur les modifications du comportement et l'état émotionnel (incluant le niveau de comportement et le degré de surveillance).
- Si une surveillance ou un encadrement est nécessaire, définir les modalités requises.
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## Catégories de gravité du traumatisme crânio-cérébral

CARACTÉRISTIQUES	CATÉGORIE DE GRAVITÉ		
	LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE
Durée de la perte ou de l'altération* de la conscience	De 0 à 30 minutes au maximum	Généralement entre 30 minutes et 6 heures, mais durée limite de 24 heures	Souvent > 24 heures à plusieurs jours, mais obligatoirement > 6 heures
Résultat obtenu à l'échelle de Glasgow à l'urgence ou 30 minutes après le traumatisme	de 13 à 15	de 9 à 12	de 3 à 8
Lésions objectivées (fracture ou lésion intracrânienne)	Imagerie cérébrale positive ou négative	Imagerie cérébrale généralement positive	Imagerie cérébrale positive
Examen neurologique	Examen neurologique positif possible (signes focaux possibles)	Examen neurologique positif (signes focaux)	Examen neurologique positif (signes focaux)
Amnésie post-traumatique (APT)	Variable mais doit être ≤ 24 heures	Variable mais généralement entre 1 et 14 jours	Plusieurs semaines

\* La notion d'une altération de la conscience concerne essentiellement les atteintes légères. Les TCC modérées ou graves sont plutôt associés à une perte de conscience initiale d'une durée variable mais qui respecte les durées maximales indiquées.

# 1. Système nerveux

## 1.4 Autres pathologies neurologiques

### Définition

- Personne ayant des pathologies et atteintes neurologiques autres que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes cranio-cérébraux (TCC) ou les lésions médullaires traumatiques ou non traumatiques. L'incapacité qui résulte est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Les diagnostics suivants font partie des autres pathologies neurologiques :
  - encéphalopathies (ex. : méningites, vasculites, encéphalites, encéphalopathies anoxiques, encéphalopathies métaboliques);
  - tumeurs cérébrales postneurochirurgie;
  - atteintes congénitales ou développementales (ex. : déficits moteurs cérébraux (DMC), spina bifida, hydrocéphalies);
  - maladies génétiques (ex. : mitochondriopathies);
  - maladies dégénératives et héréditaires (ex. ataxies cérébelleuses et autres, atrophies cérébelleuses);
  - maladies neurocutanées (ex. : neurofibromatose, Sturge-Weber);
  - trouble du mouvement (ex. : Parkinson, choréoathétose, dystonie);
  - maladies neuromusculaires (ex. : dystrophies musculaires, polymyosites, myopathies) et lésions nerveuses périphériques (ex. : Guillain-Barré, CIDP, ataxie sensorielle, névrites et polynévrites telles que les polynévrites diabétiques);
  - maladie du motoneurone inférieur (ex. : sclérose latérale amyotrophique);
  - maladies démyélinisantes (ex. : sclérose en plaques);
  - lésions du système autonome (ex. : dysautonomie familiale).

### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux et de tous les critères d'admission spécifiques aux AVC (cf. 1.1).
- L'aggravation doit être aiguë et les incapacités et handicaps partiellement réversibles.
- L'aggravation ne doit pas être consécutive à une détérioration respiratoire.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
- Si cela s'avère impossible **à court terme**:
  - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle
  - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation
  - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert
    - Soins trachéo maximum de trois aspirations q huit heures.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.

### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de la demande  
d'admission**

- DSIE général et page complémentaire (Système nerveux)
- Pour trachéotomie:
  - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie;
  - 2) raison du maintien de la trachéotomie;
  - 3) essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence;
  - 4) intégrité du larynx:
    - présence de sténose, laryngomalacie, granulome;
    - histoire de fistule;
    - mobilité des cordes vocales;
    - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL;
    - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.
  - 5) description de la canule (taille, type).
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

---

**Établissements  
receveurs**

- IRM – Lindsay
- Villa Medica
- CSSS Cavendish
- IUGM

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires.
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.1 Fractures et luxations

<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personne ayant subi une ou des fractures et/ou une luxation d'origine traumatique ou non.</li> </ul>
<b>Critères d'admission spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Respect de tous les critères d'admission généraux.</li> <li>■ Si atteinte du membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise :           <ul style="list-style-type: none"> <li>(*) Selon la disponibilité des lits, la clientèle avec mise en charge est priorisée.</li> <li>(*) La clientèle sans mise en charge peut être acceptée dans le programme – clientèle fractures et luxations ou le programme – soins subaigus, selon la disponibilité des lits et la période de temps requise pour que le patient puisse entreprendre le programme de réadaptation.</li> </ul> </li> <li>■ Si atteinte du membre supérieur, mobilisation active permise.           <ul style="list-style-type: none"> <li>La clientèle sans mobilisation active permise peut être acceptée dans le programme – clientèle fractures et luxations ou le programme – soins subaigus, selon la disponibilité des lits et la période de temps requise pour que le patient puisse entreprendre le programme de réadaptation.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.</li> </ul>
<b>Information/ documents requis lors de la demande d'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DSIE général et page complémentaire (Musculo-squelettique)</li> <li>■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.)</li> </ul>
<b>Établissements receveurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CSSS</li> <li>■ Marie-Clarac</li> <li>■ IRM – Lindsay</li> <li>■ Catherine Booth</li> <li>■ Villa Medica</li> <li>■ IUGM et CSSS Cavendish (profil gériatrique)</li> </ul>
<b>Information/ documents requis lors de l'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.</li> <li>■ Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur).</li> <li>■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.</li> </ul>

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.2 Autres atteintes du rachis sans atteintes neurologiques sévères

<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personne ayant subi une atteinte de la colonne vertébrale de nature aiguë et réversible, traitée (discoïdectomie, laminectomie, fusion vertébrale ou prothèse discale, postvertébroplastie) et sans atteinte neurologique sévère (voir lésion médullaire). <sup>(11)</sup></li> </ul>
<b>Critères d'admission spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Respect de tous les critères d'admission généraux.</li> </ul>
<b>Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.</li> </ul>
<b>Information/documents requis lors de la demande d'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DSIE général et page complémentaire (Musculo-squelettique)</li> <li>■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.)</li> </ul>
<b>Établissements receveurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>CSSS</b></li> <li>■ <b>IRM – Lindsay</b></li> <li>■ <b>Villa Medica</b></li> <li>■ <b>Marie-Clarac</b></li> <li>■ <b>Catherine Booth</b></li> <li>■ <b>IUGM et CSSS Cavendish (profil gériatrique)</b></li> </ul>
<b>Information/documents requis lors de l'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.</li> <li>■ Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur et le port du corset).</li> <li>■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.</li> </ul>

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.3 Maladies dégénératives et inflammatoires

#### Définition

- Personne ayant une pathologie à caractère évolutif présentant une atteinte au niveau des muscles, des os ou des articulations, pouvant altérer la mobilité. De plus, l'évolution de leur pathologie peut les mener vers des **besoins de remplacement de certaines articulations**.
- Les diagnostics suivants peuvent faire partie de cette catégorie :
  - maladies rhumatismales ;
  - ostéoporose ;
  - arthrite ;
  - ostéomyélite.
- Les arthroplasties électives de la hanche et du genou font partie de cette catégorie.

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Épisode inflammatoire et/ou douloureux contrôlé n'empêchant pas la participation aux activités de réadaptation.

#### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

#### Informations/ documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE général et page complémentaire (Musculo-squelettique)
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.)

#### Établissements receveurs

- |                |   |
|----------------|---|
| ■ CSSS         | ■ Marie-Clarac                                |
| ■ IRM Lindsay  | ■ Catherine Booth                             |
| ■ Villa Medica | ■ IUGM et CSSS Cavendish (profil gériatrique) |

#### Information/ documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur).
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.4 Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les BOG

#### Définition

- Personne ayant subi une ou des lésions musculo-squelettiques complexes (fracture, luxation) du bassin ou des membres inférieurs. Ces lésions, d'origine traumatique, entraînent un trouble de locomotion important et des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie. Outre les fractures, les lésions musculo-squelettiques complexes incluent les lésions tendineuses, neurovasculaires et articulaires. Elles peuvent être associées à des atteintes d'autres systèmes ou organes (ex. : rupture vésicale, lésion du plexus sacré, plaie cutanée étendue). Les lésions ou atteintes du rachis (ex : statut post-fusion pour scoliose sévère, multiples fractures ostéoporotiques, etc.) associées obligatoirement à un syndrome douloureux sévère et entraînant des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie sont également considérées.
- **Blessures orthopédiques graves (BOG) :**  
Personne ayant subi des blessures orthopédiques traumatiques complexes comme des fractures multiples, une atteinte majeure des nerfs périphériques ou blessures graves qui ont pour effet de perturber de manière importante ses habitudes de vie et dont le traitement nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire spécialisée.

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Si membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise.  
(\* ) Selon la disponibilité des lits, la clientèle avec mise en charge est priorisée.  
(\* ) La clientèle sans mise en charge peut être acceptée dans le programme – clientèle lésions musculo – squelettiques complexes, selon la disponibilité des lits.

#### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

#### Information/ documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE général et page complémentaire (Musculo-squelettique)
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.)

#### Établissements receveurs

- IRM – Lindsay

#### Information/ documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, le plan de mise en charge et limitation de mouvements).
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.5 Brûlures graves

#### Définition

- Personne adulte (16 ans et plus) ayant subi une atteinte sévère de la peau ou des muqueuses provoquée par une exposition ou par un contact avec un agent physique (chaleur, froid, courant électrique) ou chimique.
  - **Sont considérées comme brûlures graves :**
    - brûlures du 2<sup>e</sup> degré profond et du 3<sup>e</sup> degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez les adultes de plus de 50 ans ;
    - brûlures du 2<sup>e</sup> degré profond ou du 3<sup>e</sup> degré sur plus de 20 % de la surface corporelle chez les adultes de 16 à 50 ans ;
    - brûlures du 3<sup>e</sup> degré sur plus de 5 % de la surface corporelle ;
    - brûlures du 2<sup>e</sup> ou du 3<sup>e</sup> degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures ;
    - brûlures causées par le froid (engelures) ;
    - brûlures électriques (4<sup>e</sup> degré) incluant celles provoquées par la foudre ;
    - brûlures chimiques ;
    - brûlures des voies respiratoires.
- (voir classification des brûlures à la page suivante)

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admissions généraux.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
- Si cela s'avère impossible à **court terme** :
  - 1) absence de risque d'obstruction aigüe si décanulation accidentelle ;
  - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation ;
  - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert ;
  - 4) Soins trachéo : maximum de trois aspirations q 8 heures. Maintien S<sub>a</sub>O<sub>2</sub> Air ambient ≥ 92 % depuis au moins 24 hres.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.
- Pas de drain thoracique.
- Si alimentation entérale, gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation.
- Gavage par tube nasogastrique uniquement si gastrostomie ou jéjunostomie contre-indiquée.
- Pas de cathéter veineux via veines jugulaire, sous-clavière, axillaire ou fémorale.
- Pas de cathéter central autre que cathéter long sous-cutané (Port-a-Cath), Broviac ou accès veineux sous-cutané (PICC line).
- Pas de perfusion héparine I.V.
- Pas de transfusion.
- Pas de bloc épidural.

#### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- Respect des critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention 1,3 et 5 et capacité à poursuivre la réadaptation sur une base externe.

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de la demande  
d'admission**

- DSIE générale et page complémentaire (Musculo-squelettique)
  - Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).
- 

**Établissements  
receveurs**

- Villa Médica
- 

**Information/  
documents  
requis lors  
de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie le cas échéant) et les paramètres respiratoires.
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert :
  - feuille sommaire d'hospitalisation ;
  - résumé de dossier ;
  - « dossier médical spécifique – Centre des grands brûlés de Montréal » p. 1 à 4 (document maison).

## Classification des brûlures

CLASSES DE BRÛLURES	ATTEINTE
4 <sup>e</sup> degré*	Épiderme, derme total, graisse, fascia et muscles
3 <sup>e</sup> degré	Épiderme, derme papillaire et réticulaire
2 <sup>e</sup> degré profond	Épiderme, derme papillaire et une partie du réticulaire
2 <sup>e</sup> degré superficiel	Épiderme et partie papillaire du derme
1 <sup>er</sup> degré	Épiderme

\* La cause de la brûlure du 4e degré est le courant électrique

## 2. Système musculo-squelettique

### 2.6 Amputations

#### Définition

- Personne dont la mobilité et la préhension sont réduites conséquemment à une amputation d'origine traumatique, non traumatique ou conséquemment à une malformation congénitale telle :
  - artériosclérose oblitérante ;
  - embolie artérielle ;
  - gangrène ;
  - tumeur ;
  - ulcère chronique.
- Les personnes ayant subi une réimplantation font aussi partie de cette clientèle cible.

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Critère d'exclusion : clientèle avec amputations limitées aux extrémités - doigts, orteils. Cette clientèle sera référée aux CSSS dans le programme musculo-squelettique.

#### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

#### Information/documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE général et page complémentaire (Musculo-squelettique)
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

#### Établissements receveurs

- IRM – Lindsay
- Villa Medica

#### Information/documents requis lors de l'admission

- Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission.
- Protocole chirurgical et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, l'appareillage, le plan de mise en charge et limitation de mouvements).
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## 3. Atteintes multisystémiques

### 3.1 Soins subaigus

<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes déconditionnées et ayant une perte d'autonomie à la suite d'un épisode de soins récent en milieu hospitalier, avec des diagnostics variables non admissibles aux autres programmes de réadaptation établis. Ces personnes présentent une ou plusieurs comorbidités, une diminution de leurs capacités fonctionnelles due à une réduction de leur mobilité et de leur endurance. Elles ne requièrent plus de soins aigus, mais nécessitent une surveillance et des interventions cliniques dans un milieu de soins subaigus.</li> </ul>
<b>Critères d'admission spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respect de tous les critères d'admission généraux, à l'exception du critère n° 3.</li> <li>Clientèle ayant besoin de soins médicaux et infirmiers ainsi que des services de réadaptation.</li> <li>Capacité de réadaptation : fréquence minimale de trois séances de réadaptation par semaine</li> <li>Durée moyenne de séjour (DMS) prévue entre deux et huit semaines.</li> <li>Les critères d'exclusion suivants s'appliquent, soient : la clientèle ayant subi une chirurgie électorale, nécessitant des soins palliatifs, en attente d'hébergement, admissible au programme d'hébergement temporaire en CHSLD, ou admissible aux services de ressources non institutionnelles (convalescence légère).</li> </ul>
<b>Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.</li> </ul>
<b>Information/ documents requis lors de la prise de décision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSIE général et page complémentaire (Multi-systémique)</li> <li>Rapport du professionnel de réadaptation sur le potentiel de retour dans le milieu de vie après la réadaptation.</li> <li>Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).</li> </ul>
<b>Établissements receveurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CSSS avec URFI</li> <li>CSSS Cavendish</li> <li>Catherine Booth</li> <li>Villa Medica</li> <li>Marie-Clarac</li> <li>IRM Lindsay</li> </ul>
<b>Information/ documents requis lors de l'admission</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.</li> <li>Information mise à jour 24 heures avant le transfert.</li> </ul>

## 3. Atteintes multisystémiques

### 3.2 Réadaptation gériatrique

#### Définition

- Un ensemble de services visant la personne âgée présentant une pluripathologie et des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, une **fragilité** avec des incapacités **dans plus d'un domaine** (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychologique, relationnel, etc.). Ces personnes nécessitent **une évaluation de façon systématique** des éléments de **vulnérabilité** et de **complexité**. Elles ont un **potentiel de réadaptation** mais ne cadrent pas dans une **approche traditionnelle de réadaptation intensive**: une individualisation de l'intensité des thérapies au point de vue de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et est essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, elles prennent plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, ce sont des personnes dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé, et ce, de façon importante qui nécessitent une approche spécialisée en gériatrie.

#### Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Critères spécifiques: la présence de quatre ou plus de ces éléments chez une personne âgée détermine le besoin d'une approche adaptée en réadaptation.
  - âge de 75 ans et plus
  - Diminution de mobilité/endurance, avant l'épisode aigu.
  - Plusieurs comorbidités nécessitant un suivi actif ou facilement instables.
  - Déficits cognitifs.
  - Polymédication/risques associés (plus de quatre médicaments).
  - Malnutrition (perte de poids, perte d'appétit) avant l'épisode aigu.
  - Hospitalisation au cours de l'année ou durée prolongée de la présente période d'hospitalisation.
  - deux chutes ou plus dans les trois à six derniers mois.
  - Déficits sensoriels importants (visuels, auditifs) ou de la communication.
  - Incontinence.
- Critère d'exclusion: la clientèle avec un TCC, un TVA, une lésion médullaire traumatique, victime de brûlures graves ou amputé avec un besoin d'appareillage.

#### Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de la demande  
d'admission**

- DSIE général et page complémentaire (Multisystémique)
- Rapport du professionnel de réadaptation sur le potentiel de retour dans le milieu de vie après la réadaptation.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéter, surfaces thérapeutiques, matériel d'obèse, VAC, etc.).

---

**Établissements  
receveurs**

- IUGM
- CSSS Cavendish/Catherine Booth

---

**Information/  
documents  
requis lors  
de l'admission**

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

## ■ Habitudes de vie

### Selon le PPH (Processus de production du handicap)

Activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

### Les grandes catégories des habitudes de vie sont :

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Nutrition            | 8. Relations interpersonnelles |
| 2. Condition corporelle | 9. Communauté                  |
| 3. Soins personnels     | 10. Éducation                  |
| 4. Communication        | 11. Travail                    |
| 5. Habitation           | 12. Loisirs                    |
| 6. Déplacements         | 13. Autres habitudes           |
| 7. Responsabilités      |                                |

## ■ AVQ/AVD (activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique)

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes et contrôler ses sphincters. Elles sont complétées par les activités de la vie domestique (AVD) comme utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer les repas, faire le ménage, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, prendre des médicaments, tenir son budget. La performance des AVQ/AVD permet de mesurer l'indépendance et l'autonomie de l'individu. L'indépendance est la capacité fonctionnelle à accomplir les AVQ/AVD. L'autonomie est la capacité à prendre des décisions, selon ses valeurs et à en assumer les conséquences. Une personne peut perdre son autonomie et/ou son indépendance. La perte est progressive ou immédiate, définitive ou provisoire, liée à la survenue d'incapacités fonctionnelles et cognitives. Les causes sont d'ordres biologique (maladie, accident), psychique (maladie mentale), affectif (troubles de l'humeur), socioenvironnemental (isolement).

L'incapacité d'accomplir les AVQ n'est pas sans conséquence pour l'individu et dans ses relations avec les autres. Il peut éprouver des sentiments de culpabilité et d'inutilité.

## ■ Déconditionnement

Altération temporaire des capacités d'exécuter ses habitudes de vie due à une atrophie musculaire, à de la fatigue, à une endurance physique réduite liées à une maladie ou à une période d'inactivité ou à une période d'hospitalisation ayant altéré la mobilité de façon temporaire et réversible.

## ■ Détérioration aiguë

Modification récente de l'état de santé, entraînant une perte grave des capacités.

## ■ Syndrome douloureux sévère

Le syndrome douloureux sévère se caractérise par des douleurs très prolongées dans le temps, une sensibilité des muscles et des tendons associée à une grande fatigue. Les patients se plaignent de douleurs diffuses dans les tissus profonds. L'intensité de la douleur est subjective. Elle se manifeste à la fois dans les parties antérieure et postérieure du corps, dans les membres supérieurs et inférieurs. Le sommeil est de mauvaise qualité, les patients se réveillent le matin fatigués avec le sentiment de ne pas avoir eu un sommeil réparateur. Une grande fatigue est un autre signe essentiel de ce syndrome, elle s'accompagne d'une baisse des capacités physiques.

Les patients atteints du syndrome douloureux sévère rapportent fréquemment des symptômes associés multiples tels que des maux de tête, des sensations de gonflement des membres ou d'engourdissement. Ces symptômes sont source d'anxiété et de dépression.

### ■ Réadaptation

On entend par réadaptation une phase du continuum de services où les services offerts visent à soutenir la personne dans son apprentissage des habitudes de vie afin qu'elle puisse atteindre une vie la plus indépendante possible.

### ■ Réadaptation fonctionnelle intensive

Épisode de soins et services de réadaptation offerts de manière intensive et limitée dans le temps, soit en mode hospitalisation ou externe. Services destinés à la clientèle qui présente des incapacités fonctionnelles significatives, ayant passé la phase aiguë d'une maladie et présentant un potentiel d'amélioration et de récupération identifié. L'objectif est d'optimiser le niveau d'autonomie fonctionnelle afin d'entreprendre de façon sécuritaire les activités de la vie quotidienne.

### ■ Réadaptation fonctionnelle et sociale

Services de réadaptation offerts en externe permettent à la clientèle ayant une déficience motrice, sensorielle ou de la parole et du langage d'optimiser leurs capacités afin d'atteindre une plus grande autonomie et une participation sociale la plus complète possible. Les services offerts visent à soutenir l'intégration sociale, le maintien dans le milieu et la participation sociale des personnes ayant une déficience.

### ■ Services de réadaptation

Dans le processus de réadaptation, les services correspondant à des interventions soutenues par une équipe multidisciplinaire de professionnels.

### ■ Endurance physique

Aptitude à supporter un effort physique global prolongé.

### ■ Déficience

Une déficience est une perte, une malformation, une anomalie ou une insuffisance d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique.

### ■ Incapacité

Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité de façon régulière ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

### ■ Handicap

Le handicap d'un individu est le désavantage qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 