
Cadre de référence
Services en réadaptation fonctionnelle
intensive interne et externe
Mauricie / Centre-du-Québec

UNIS
dans TOUS les
SENS

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Cadre de référence
Services en réadaptation fonctionnelle
intensive interne et externe
Mauricie / Centre-du-Québec



pour S'ÉPAUIR
pour VOIR LOIN
pour TENDRE L'OREILLE
pour AVOIR DU FLAIR

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui nous a permis de nous inspirer de son Cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal.

Comité régional

Mme Sylvie Girard, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Mme Lucie Lafrenière, CRDP InterVal
Mme Élyse Landry, CSSS Drummond
Dr Joël Lavoie, CRDP InterVal
Mme Martine Morin, CRDP InterVal
M. Pierre Morissette, CSSS de Trois-Rivières
Mme Évelyne Pagé, CSSS de l'Énergie
Mme Geneviève Proulx, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
M. Philippe Rancourt, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Agence de la santé et des services sociaux

M^{me} Julie Michaud
M. André Sauvé

Correction et mise en page

Mme Nathalie Duchesneau
Mme Carole Germain
Mme Marie-Claude Lemay

Dépôt légal – 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
978-2-89340-327-4 (version imprimée)
978-2-89340-328-1 (PDF)
Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source
Document disponible sur notre site Internet :
www.agencess04.qc.ca

**Document adopté par le conseil d'administration de l'Agence
le 18 février 2015 - Résolution CAA-2015-04**

En accord avec la réflexion de l'Association des établissements de réadaptation du Québec, veuillez noter que pour la rédaction de ce document nous avons privilégié l'utilisation du terme réadaptation fonctionnelle intensive interne en remplacement de l'appellation unité de réadaptation fonctionnelle intensive.

SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

APT	Amnésie post-traumatique
ASIA	La norme ASIA est un critère d'évaluation du degré de complétude d'une lésion médullaire établie par l'American Spinal Injury Association. Il s'agit d'un standard international
ASSSMCQ	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BOG	Blessures orthopédiques graves
CEBMOQ	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec
CEPVBG	Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIDP	Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy)
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CT Scan	Scanographie ou tomодensitométrie
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficiences physiques
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LM	Lésion médullaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
PICC line	Cathéter intraveineux périphérique (Peripherally inserted central catheter)
PI	Plan d'intervention individualisé
PNAVD	Programme national de ventilation à domicile
PPH	Processus de production du handicap
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RPL	Reflux pharyngo-laryngé
RTF	Ressource de type familial
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthycilline
SCIWORA	Spinal cord injury w/o radiological abnormality
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TR	Toucher rectal
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales, Direction de la santé publique
TVA	Tétraplégie ventilo-assistée
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive
USLD	Unité de soins de longue durée
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VAC	Dispositifs de cicatrisation par pression négative (marque Vacuum Assisted Closure™)

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS.....	5
TABLE DES MATIÈRES.....	7
CONTEXTE.....	9
INTRODUCTION	11
OBJECTIFS	12
PHILOSOPHIE ET PRINCIPES	12
RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	12
CONCEPTS ET APPROCHE DU SERVICE DE RFI.....	12
CLIENTÈLE VISÉE.....	13
PLACE DE LA RFI DANS LE CONTINUUM DE SERVICES.....	14
CONTINUUM ET PARTENARIAT	15
PARAMÈTRES DE L'ORGANISATION DES SERVICES.....	16
MÉCANISMES D'ACCÈS ET DE LIAISON	17
INDICATEURS DE GESTION, DE RÉSULTAT ET DE QUALITÉ.....	17
BALISES.....	17
ENTENTES ET CONSORTIUMS.....	18
ORIENTATION POUR L'UTILISATION DES LITS DE RÉADAPTATION PAR LES AUTRES RÉGIONS	18
ADMISSION EN RFI INTERNE	18
<i>Critères généraux d'admission.....</i>	<i>18</i>
<i>Informations et documents généraux requis lors de la demande d'admission.....</i>	<i>19</i>
<i>Informations et documents généraux requis lors de l'admission.....</i>	<i>20</i>
<i>Critères généraux de fin d'intervention RFI interne</i>	<i>20</i>
INSCRIPTION EN RFI EXTERNE	21
<i>Critères généraux d'inscription</i>	<i>21</i>
<i>Informations et documents généraux requis lors de l'inscription</i>	<i>21</i>
<i>Critères généraux de fin d'intervention RFI externe.....</i>	<i>21</i>
TRAJECTOIRE RFI	22
<i>Clientèle du programme Déficience physique et clientèle avec diagnostic d'AVC 18 et +, issue d'autres programmes-services.....</i>	<i>22</i>
CLIENTÈLE DE LA RFI SELON LES PRINCIPALES PATHOLOGIES	24
<i>Système nerveux</i>	<i>24</i>
Accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	24
Les lésions médullaires.....	27
Traumatismes cranio-cérébraux (TCC).....	32
Autres pathologies neurologiques	35
<i>Système musculo-squelettique.....</i>	<i>37</i>
Maladies dégénératives et inflammatoires.....	37
Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les BOG	38
Brûlures graves.....	40
Amputations.....	42
ANNEXE 1	44
ANNEXE 2	46
ANNEXE 3	47
ANNEXE 4	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50

CONTEXTE

Dans l'environnement de ces travaux, la présence de deux intrants en lien étroit avec les services de réadaptation fonctionnelle intensive est à mentionner soit, l'implantation nationale du *Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral* ainsi que les travaux régionaux révisant la trajectoire des blessures orthopédiques graves (BOG).

La phase de réadaptation post-AVC à l'intérieur du continuum AVC repositionne le mandat des URFI auprès de cette clientèle. Inspiré par les meilleures pratiques en réadaptation, il recommande entre autres qu'à leur sortie de l'unité AVC, tous les usagers qui nécessitent de la réadaptation en interne soient transférés systématiquement vers les URFI, et ce, peu importe leur programme-services (DP, SAPA, etc.).

Il va de soi que la révision de l'offre de service des URFI de la région est une opportunité d'intégrer les recommandations sur la mise en place de la trajectoire de services en réadaptation post-AVC.

En ce qui concerne la révision de la trajectoire BOG, les travaux en sont à leur début et nous serons en mesure d'en évaluer l'impact sur l'organisation de services en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) une fois qu'ils seront terminés.

C'est dans ce contexte que l'Agence propose le Cadre de référence services en réadaptation fonctionnelle intensive interne et externe pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

INTRODUCTION

La mise sur pied du *Comité de travail sur l'offre de service des unités de réadaptation fonctionnelle intensive* (RFI) fait suite aux préoccupations exprimées par un directeur d'établissement relativement au respect des ententes orientant certaines clientèles du programme Déficience physique vers la RFI du centre de réadaptation en déficience physique (CRDP). Ces préoccupations ont trouvé écho auprès des partenaires régionaux et de l'Agence.

À l'automne 2012, le comité régional des directeurs généraux (CRDG) a donné à la Direction des services sociaux (DSS) le mandat de *réévaluer et, le cas échéant, améliorer l'accessibilité, la continuité et la hiérarchisation des services de réadaptation offerts aux clientèles DP (0-100 ans) en unité de réadaptation fonctionnelle intensive régionale en plus des unités de réadaptation fonctionnelles intensives locales situées sur le territoire.*

Mentionnons qu'en plus du respect des ententes, la réalisation de ces travaux s'inscrit dans la poursuite de la réflexion amorcée par l'Agence lors de l'élaboration du Cadre de référence intégré paru en 2007 lequel se situe en cohérence avec le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015 et l'enjeu 2 du Plan stratégique régional 2010-2015.

Le comité de travail a permis de regrouper l'ensemble des directeurs SAPA-DP gestionnaires d'URFI, un médecin du CRDP, un représentant des CSSS pour lesquels l'URFI locale est située au CRDP et deux représentants de la DSS à l'Agence. Ce fut l'occasion de se donner un lieu d'échanges et de réflexion afin d'atteindre les objectifs identifiés. Le comité a donc complété son mandat de révision de l'offre de service offerte en URFI au printemps 2013. Ce qui a conduit le groupe de travail à présenter au CRDG un rapport final aux termes de ce premier mandat, ainsi qu'à déposer une requête pour entamer un second mandat à l'automne 2013. Les constats présentés dans le rapport ont amené le comité de travail à proposer le modèle suivant pour l'organisation des services de RFI interne et externe : *Rendre à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) sa nature initiale en ciblant la clientèle du programme Déficience physique ainsi que les usagers présentant un diagnostic d'AVC (continuum AVC) et, conséquemment, repositionner la réadaptation pour la clientèle gériatrique à l'intérieur du continuum gériatrique (UCDG, URG, etc.).*

Le CRDG ayant donné son accord, le comité de travail, composé des mêmes membres, a amorcé le second mandat à l'automne 2013. Son objectif était *d'appliquer les propositions émises aux termes du premier mandat, et ce, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la hiérarchisation des services de réadaptation offerts à la clientèle DP (0-100 ans) ainsi qu'à la clientèle avec diagnostic d'AVC provenant du continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (continuum AVC), en URFI régionale et locales situées sur le territoire MCQ.*

Afin d'assurer la mise en œuvre de ces propositions, le groupe de travail s'est penché sur l'élaboration d'un nouveau Cadre de référence pour la RFI. L'accessibilité de cet outil et surtout l'appropriation par tous les acteurs permettront de préciser les orientations régionales et de guider l'action. Le groupe de travail s'est inspiré de la littérature existante, notamment du *Cadre de référence Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et en soins subaigus pour la région de Montréal*, en plus d'y intégrer les éléments provenant du *Cadre de référence intégré* publié en 2007.

Ce modèle d'organisation des services en RFI interne et externe s'inscrit dans une vision ayant pour objectif l'harmonisation de l'offre de service et des pratiques, la continuité des services, la connaissance et le respect des ententes, le partage d'expertise, une plus grande accessibilité et une offre de service de proximité. Ce document, résultat d'un consensus régional, reflète donc la vision et les orientations des acteurs (gestionnaires, professionnels et médecins) en RFI de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de l'Agence. Le suivi du *Cadre de référence Services en réadaptation fonctionnelle intensive interne et externe* par tous les partenaires est la condition absolue pour la concrétisation de cette vision.

OBJECTIFS

- Préciser l'offre de service régionale et établir les orientations pour la RFI en interne et en externe.
- Positionner le mandat du service de RFI régionale et celui de RFI locale à l'intérieur du continuum de services en réadaptation.
- Développer une compréhension commune des trajectoires et harmoniser les pratiques cliniques au plan régional.
- Améliorer l'arrimage entre le CRDP et les CSSS pour la clientèle ayant besoin de RFI interne et externe.
- Arrimer les services de RFI externe du CRDP aux services de RFI interne offerts en CSSS.
- Harmoniser l'offre de service et les pratiques cliniques de RFI locale des CSSS et du CRDP.
- Appliquer le principe du bon client, au bon endroit, au bon moment, offert par la bonne personne.
- Développer le partage de l'expertise et la complémentarité entre le CRDP et les CSSS.
- Convenir de nouveaux indicateurs de performance et assurer le suivi de ceux convenus régionalement afin d'objectiver la performance des services de RFI en interne et en externe.
- Rendre accessibles, le plus près possible de son lieu de résidence, les services de réadaptation en interne pour la clientèle déficience physique, tout en respectant les désignations obtenues dans les consortiums reconnus et la masse critique nécessaire au développement de l'expertise.

PHILOSOPHIE ET PRINCIPES

1. Les valeurs privilégiées sont le respect de la personne, le développement de l'autonomie, le respect des contextes de vie, la reconnaissance des capacités des personnes, la participation de la personne aux décisions et l'approche globale (biopsychosociale) auprès de la personne.
2. Les besoins des clientèles sont le fondement de l'organisation des services.
3. L'utilisation optimale des ressources dont le réseau dispose pour établir l'adéquation entre les besoins et les services offerts.
4. Le développement d'attitudes et de comportements chez les intervenants permettant l'appropriation de savoirs (autonomisation).
5. La participation de l'usager ou de ses proches à toutes les étapes de l'intervention.
6. La contribution au retour dans le milieu de vie.

RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux a positionné la notion de réadaptation fonctionnelle intensive en la définissant ainsi :

« Un processus soutenu et régulier d'intervention globale biopsychosociale, personnalisée, limitée dans le temps, permettant à la personne dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité d'incapacité significative et persistante, à la suite d'une déficience motrice, de développer ses capacités de façon maximale grâce à sa propre participation et à celle d'une équipe multidisciplinaire spécialisée ».

| Concepts et approche du service de RFI

Les services de RFI interne et externe décrits dans ce cadre de référence s'adressent à la clientèle du programme-services Déficience physique incluant les personnes âgées de 18 ans et + référées en RFI suite à un AVC et issues d'autres programmes-services que la déficience physique et poursuivent les objectifs suivants :

1. Effectuer une évaluation interdisciplinaire de chaque personne et déterminer le potentiel de réadaptation.
2. Établir un plan d'intervention interdisciplinaire, résultant de conclusions d'évaluations diagnostiques disciplinaires.
3. Augmenter l'autonomie fonctionnelle en favorisant la récupération et le développement des capacités de la personne, tant du point de vue de la mobilité que de l'indépendance dans la vie quotidienne.
4. Proposer les aides techniques et les adaptations requises permettant le maintien à domicile.
5. Évaluer et traiter les autres problèmes de santé tout en poursuivant le processus de réadaptation.
6. Transmettre au médecin traitant l'information en lien avec l'épisode de services en RFI vécue par son client.
7. Planifier le congé et assurer la continuité des soins et des services avec la famille, le médecin traitant et les divers services externes.
8. Collaborer avec la personne et sa famille quant à l'orientation vers une ressource d'hébergement plus appropriée s'il s'avérait que la réinsertion à domicile est impossible.
9. L'approche écosystémique considère la personne comme faisant partie d'un système où les interactions sont constantes avec son environnement (familial et social).
10. L'importance d'interventions précoces et en continuité afin d'éviter la chronicité et de favoriser une récupération optimale le plus rapidement possible.
11. La planification des interventions axée sur les étapes post-RFI interne dès l'admission de la personne (utilisation des pronostics, anticipation des étapes subséquentes).

Dans le cadre de la continuité des services, les personnes sont admises en RFI interne où les interventions interdisciplinaires sont centrées sur la stimulation et l'activation rapide des systèmes organiques afin d'assurer la meilleure récupération possible des capacités fonctionnelles. Il est démontré, que plus la réadaptation débute précocement et avec la bonne intensité, plus les chances et le niveau de récupération sont élevés. Les interventions interdisciplinaires visent également l'apprentissage et l'intégration de moyens compensatoires qui seront utiles dans la réintégration du milieu de vie des personnes. Le développement du potentiel des personnes permet la réalisation des habitudes de vie et des rôles sociaux.

Le caractère intensif des interventions signifie une fréquence moyenne de 4 à 5 fois par semaine dans les principales disciplines impliquées. Cette fréquence se justifie par la complexité des problématiques de la clientèle et l'implication d'une équipe multidisciplinaire.

Les services de RFI sont également offerts en externe. Les usagers peuvent donc recevoir des services directement en externe en provenance d'un autre établissement référant ou recevoir des services en externe en continuité des services à l'interne. Généralement, les clientèles des services de RFI devraient recevoir leurs services sur une base externe afin de maintenir leur intégration dans leur milieu de vie naturel. Toutefois, pour certaines personnes, ce n'est pas possible parce que :

- Leur condition nécessite un suivi médical soutenu, des soins et de l'assistance en continu.
- Leur tolérance à l'effort ne leur permet pas d'effectuer les déplacements requis du domicile au centre de réadaptation en lien avec l'intensité des services.
- L'éloignement et l'isolement social de l'utilisateur rendent impossible la réception de services en externe.
- En raison d'obstacles environnementaux (physiques ou sociaux) qui ne peuvent être compensés.
- Le gain d'efficacité clinique lié à la concentration des interventions.

Clientèle visée

La mise en place du continuum AVC et les besoins de cette clientèle durant la phase de réadaptation subaiguë ont influencé les travaux. La revue de littérature, les pratiques optimales, les discussions avec les personnes chargées de la mise en place du continuum, nous ont menés à la conclusion que l'exclusion des personnes avec un diagnostic d'AVC, lorsqu'elles sont issues d'un programme-services autre que celui de la

déficience physique, ne peut être une solution applicable. Afin d'être en cohérence avec les principes du continuum AVC et les meilleures pratiques, nous avons déterminé que l'offre de service en RFI (interne et externe) est celle qui, à l'intérieur de notre organisation de services, répond le mieux aux paramètres du continuum. Les personnes âgées de 18 ans et + référées en RFI suite à un AVC et issues d'autres programme-services que la déficience physique sont donc admissibles aux services de RFI interne et externe.

Afin d'être en cohérence avec les orientations régionales, nous avons modifié la définition de la clientèle RFI interne et externe. En voici le libellé :

« Personnes de tous les âges répondant à la définition de la clientèle du programme-services Déficience physique et les personnes âgées de 18 ans et + référées en RFI suite à un AVC et issues d'autres programmes-services que la déficience physique; et devant être admises ou inscrites en établissement (CSSS et CRDP) afin d'y recevoir, pour une durée limitée, des services intensifs de réadaptation spécialisés ou surspécialisés nécessaires à la reprise de leurs activités courantes et à la réalisation de leurs rôles sociaux. »

Cette clientèle doit également présenter un potentiel de récupération ainsi que des capacités lui permettant de participer à des thérapies intensives adaptées à sa condition.

Toujours dans l'objectif de bien identifier les clientèles, nous ajoutons la définition de la clientèle du programme-services Déficience physique :

« Personnes de tous âges dont la déficience d'un système organique entraîne ou, selon toute probabilité, risque 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 sont ou risquent d'être réduit. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles 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.»

Il importe de mentionner que les clientèles avec atteintes cardiaques, pulmonaires ou oncologiques nécessitant une approche spécifique en RFI en interne ne sont pas visées par ce cadre de référence.

| Place de la RFI dans le continuum de services

Le continuum de services comprend les services médicaux, la réadaptation précoce en milieu hospitalier, la RFI interne et externe, les services externes de réadaptation et les services de soutien à l'intégration et au maintien dans le milieu. Un continuum de services implique la précocité, la simultanéité, la continuité et la complémentarité des interventions. La précocité des services signifie que les interventions doivent débiter dans les 24 à 72 heures suivant la stabilisation de l'état médical. Les services du continuum doivent être accessibles au moment approprié, de façon séquentielle ou simultanée, en fonction de l'évolution des besoins de la personne. La place de la RFI dans ce cheminement se situe généralement entre les services de santé physique et, lorsque l'usager le requiert, les services spécialisés de réadaptation autres que la RFI interne et externe ou les services de soutien à domicile et de soutien communautaire.

Les rapports les plus fréquents de la RFI avec les services de santé physique s'effectuent par l'intermédiaire des centres hospitaliers généraux et spécialisés d'où la plupart des personnes sont orientées. Le diagnostic y est posé et la condition de santé stabilisée. Le pronostic médical de persistance d'incapacités significatives est établi et la réadaptation précoce amorcée. La personne, ainsi que sa famille, sont informées de sa condition et de son potentiel de participation sociale. La possibilité d'admissibilité en RFI y est analysée selon les critères prédéterminés ou convenus par entente. L'intention

de référer en RFI est convenue avec la personne et sa famille. Par la suite, elle est transférée selon les modalités convenues.

Le transfert du CH vers la RFI s'accompagne d'indications claires à l'effet que ce changement de milieu coïncide avec un changement de condition. La personne ne « guérira » pas de ses incapacités, qui ne sont pas une maladie. Cependant, elle travaillera à les réduire, apprendra à les compenser et réalisera ses habitudes de vie. L'information à la personne et à sa famille, de même que l'accueil, la nature des relations et l'environnement physique doivent indiquer ce changement de façon cohérente. Rien ne doit laisser croire à une continuité de l'hospitalisation si l'on souhaite que la personne se réapproprie progressivement son autodétermination.

Les congés de fin de semaine pendant la RFI interne sont une étape du processus de réadaptation, puisqu'ils facilitent la généralisation dans le milieu de vie de la personne des habiletés acquises en réadaptation et l'identification des obstacles à la réalisation de ses activités. La personne applique ainsi ses acquis et développe ses capacités d'intégration sociale.

Il importe que le SAD du CSSS soit impliqué dans la réadaptation de la personne afin de planifier, durant la réadaptation fonctionnelle intensive, les services de soutien qui permettront un retour rapide dans le milieu de vie, la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale de la personne.

En cours de réadaptation fonctionnelle intensive, les besoins de services à venir sont prévus par l'équipe interdisciplinaire. Il peut s'agir de la poursuite de la réadaptation dans un autre programme du centre de réadaptation, de services de maintien dans le milieu par le CSSS à des fins de compensation à long terme des incapacités et de maintien des acquis fonctionnels ou d'une orientation vers un organisme communautaire. Ces options sont possibles successivement ou simultanément. Il est nécessaire que les partenaires pressentis pour la continuité des services soient invités le plus tôt possible à participer à la planification de la suite des interventions.

L'approche privilégiée concernant la fin des interventions à l'interne devrait être en lien avec la possibilité pour la personne de réintégrer son domicile de façon sécuritaire, et ce, même si la phase de plateau de récupération n'est pas atteinte. Le délai de sortie de la RFI interne devrait être inférieur à 72 heures dans 80 % des situations où la personne est en attente d'un changement de milieu de vie et que la documentation pertinente est complétée.

| Continuum et partenariat

L'approche intégrée du continuum de services en réadaptation permet d'assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des interventions auprès des personnes ayant recours à ces services. Elle se traduit entre autres par la présence de professionnels de la clinique externe du CRDP InterVal à l'intérieur des comités cliniques des CSSS ainsi que par le suivi assuré auprès des médecins traitants à la suite d'un épisode de réadaptation vécu par leur patient.

Sensible au partenariat et au partage de l'expertise, le CRDP joue un rôle de soutien auprès des partenaires du réseau et de la collectivité. À cet égard, les professionnels d'InterVal agissent comme consultants auprès des intervenants des autres services de RFI qui en font la demande. De plus, il peut se charger d'organiser et d'élaborer de nouvelles formations. Il offre aussi des conseils en termes d'accessibilité universelle lors de la planification d'aménagements immobiliers et urbains. Ces occasions de partenariat contribuent à l'harmonisation régionale des connaissances et des pratiques en réadaptation fonctionnelle intensive.

De plus, la création d'un lieu de partage des meilleures pratiques en réadaptation regroupant l'ensemble des services de RFI est une perspective envisagée à court terme.

Paramètres de l'organisation des services

Portrait de la RFI interne

CSSS	Mission	Nombre de places	Localisation RFI interne	Territoires	Système d'information utilisé
Arthabaska-et-de-l'Érable	Locale	12	CHSLD	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable	SICHELD
Drummond	Locale	12	CHSLD	RLS Drummond	SICHELD
Énergie	Locale	13	CHSG	RLS Vallée-de-la-Batiscan (secteur Mékinac) RLS du Centre-de-la-Mauricie	MED ECHO
Haut-Saint-Maurice	Locale	2	CHSG	RLS du Haut-Saint-Maurice	Médi-patient MED ECHO
CRDP InterVal	Locale	30	CRDP	RLS Trois-Rivières RLS Maskinongé RLS Vallée-de-la-Batiscan (secteur Des Chenaux) RLS Bécancour-Nicolet-Yamaska	SIPAD
	Régionale	10		Mauricie et Centre-du-Québec	

Portrait de la RFI externe

CRDP InterVal Points de services	Territoires desservis	Système d'information utilisé
Victoriaville	RLS Arthabaska-et-de-l'Érable	SIPAD
Drummondville	RLS Drummond	SIPAD
Shawinigan	RLS Vallée-de-la-Batiscan (secteur Mékinac) RLS du Centre-de-la-Mauricie	SIPAD
Trois-Rivières	RLS Trois-Rivières RLS Maskinongé RLS Vallée-de-la-Batiscan (secteur Des Chenaux) RLS Bécancour-Nicolet-Yamaska	SIPAD

Les ressources humaines composant l'équipe de RFI interne et externe comprennent du personnel dans les catégories suivantes :

- Réadaptation
- Soins infirmiers et assistance
- Médecine
- Autres disciplines selon les besoins de la clientèle (ex. : nutritionniste, inhalothérapeute)
- Encadrement et soutien

Ces types de professionnels peuvent composer les équipes interdisciplinaires en RFI.

Membres de l'équipe interdisciplinaire		Évaluations complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Médecin • Infirmière • Travailleur social • Physiothérapeute • Ergothérapeute • Nutritionniste 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue • Neuropsychologue • Pharmacien • Orthophoniste • Inhalothérapeute • Éducateur physique • Technicien en éducation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins spécialistes • Dentiste • Audiologiste • Optométriste • Services diagnostics (ex : imagerie médicale)

■ Mécanismes d'accès et de liaison

Au CRDP, les références peuvent provenir de tous les professionnels du réseau. Un dossier regroupant les documents généraux requis doit être soumis. Un comité d'admission du service étudie les demandes soumises et prend une décision concernant l'admission au service. La personne admise doit être transférée de l'établissement référant en moins de 72 heures.

Dans les CSSS, plusieurs modalités sont en application. Pour certains, les références en RFI interne proviennent des médecins et c'est un médecin qui évalue l'utilisateur pour confirmer l'admissibilité. Dans d'autres cas, la référence passe par le guichet unique qui statue de l'orientation.

■ Indicateurs de gestion, de résultat et de qualité

Le gestionnaire doit disposer d'outils pertinents permettant de gérer le service de RFI de façon efficiente. Actuellement, deux indicateurs issus du Cadre de référence intégré sont suivis annuellement. Il s'agit du nombre d'admissions ainsi que de la durée moyenne de séjour. Afin de mesurer l'impact des modifications apportées, de nouveaux indicateurs sont suggérés.

- Délai d'attente moyen entre la fin des soins actifs et l'admission en RFI
- Délai d'accès moyen aux services de réadaptation suite à l'admission en RFI
- Taux d'occupation des lits RFI
- Durée moyenne et durée médiane de séjour en RFI
- Destination en quittant la RFI
- Délai d'attente moyen entre l'obtention du congé de la RFI et le départ
- Nombre de patients orientés en RFI externe
- Heures prestation de services pour les professionnels de la réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.)

■ Balises

Règle générale, la durée de séjour en RFI pour la clientèle en déficience physique ne devrait pas dépasser 60 à 90 jours. Cette limite est reliée au potentiel de récupération des personnes. Une réflexion devra être poursuivie afin de préciser les durées moyennes de séjour par catégorie de diagnostics.

Le taux d'occupation du service est fixé à 95 %.

| Ententes et consortiums

Les ententes et les consortiums viennent baliser les trajectoires de clientèles spécifiques issues du programme DP. Le respect de ces orientations par l'ensemble des partenaires est fondamental, car il permet à l'établissement désigné de maintenir son expertise et son offre de service spécialisée, d'avoir droit au financement relié à la prestation de services ainsi que d'assurer une offre de service harmonisée pour tous les patients répondant aux critères déterminés. Au niveau régional, le CRDP InterVal est mandaté pour assurer l'offre de service à ces clients.

Localement, des protocoles d'entente entre les CSSS et le CRDP InterVal sont convenus et formalisés afin d'en assurer le suivi et le respect dans le cadre de la démarche du projet clinique.

Voici des exemples de consortiums desservant les usagers :

- La clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave doit être orientée vers les consortiums régionaux et interrégionaux selon les ententes régionales.
- La clientèle victime d'une blessure médullaire doit être orientée vers les centres d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest et de l'est du Québec, selon les ententes régionales.
- La clientèle victime de brûlures graves doit être orientée vers les centres d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'ouest et de l'est du Québec, selon les ententes régionales.

Comme mentionné, la mise sur pied du Comité de travail sur l'offre de service de RFI fait suite aux préoccupations exprimées par un directeur d'établissement relativement au respect des ententes orientant certaines clientèles du programme Déficience physique vers la RFI du CRDP. À cet égard, il y a plus d'un enjeu à considérer. Le respect des ententes permet au CRDP InterVal d'accueillir la clientèle prévue, de conserver son expertise et de recevoir le financement en lien avec l'offre de service.

Dans le cas du CSSS, la décision d'admettre en RFI interne un patient qui doit être transféré au CRDP en vertu d'une entente se prend souvent suite au refus du transfert par le patient pour des raisons de proximité. Une réflexion et des échanges impliquant les établissements concernés ont permis d'en arriver à un premier projet d'entente qui tient compte de l'ensemble des enjeux reliés à la situation. La solution proposée permet d'offrir au patient l'expertise et les services de réadaptation spécialisée à l'intérieur de son service interne de RFI locale. Les établissements sont actuellement à peaufiner cette entente en vue d'une application rapide.

| Orientation pour l'utilisation des lits de réadaptation par les autres régions

L'admission d'un client provenant d'une autre région est possible dans certains services de RFI interne de la région. Cette demande survient surtout lorsque le client veut se rapprocher de sa famille durant sa période de réadaptation. Cela lui permet aussi d'effectuer ses sorties de fins de semaine localement dans sa famille. Cette pratique est possible, mais peu fréquente.

| Admission en RFI interne

..... Critères généraux d'admission

Ces critères d'admission s'appliquent aux personnes qui répondent à la définition générale de la clientèle visée par le service de RFI inclus dans le programme Déficience physique. Chaque critère doit être respecté au moment de l'admission.

1. Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus (16 ans pour le CRDP InterVal).
2. Présence d'incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (AVD et AVQ).
3. Nécessité de recevoir des services de réadaptation sur une base quotidienne et des soins médicaux et infirmiers.
4. Potentiel de réadaptation :
 - Pronostic favorable d'amélioration au plan de son autonomie;
 - Potentiel même minime de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités
 - La personne pourra à brève échéance tolérer la position assise pour participer à des interventions de réadaptation.
5. Impossibilité pour la personne de retourner dans l'immédiat dans son milieu naturel sans réadaptation en raison de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs), de surcharge physique et psychologique pour elle-même ou ses proches, d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.
6. Consentement de la personne ou de son représentant au transfert à un programme de RFI.
7. Collaboration active de la personne ou son représentant au plan d'intervention.
8. Stabilité de l'état médical, psychiatrique et postchirurgical (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :
 - aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent le transfert;
 - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de RFI;
 - 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.
9. Absence de troubles graves de comportement non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui.
10. Absence de toute condition qui pourrait empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat, la réadaptation fonctionnelle intensive.
11. Vérification du statut infectieux de la clientèle auprès de l'hôpital par le CRDP ou le CSSS-RFI, lors de la confirmation du transfert (24 heures avant) et observation du règlement en vigueur pour la prévention des infections dans chaque établissement.

Informations et documents généraux requis lors de la demande d'admission

L'information et les documents requis lors de la demande d'admission de la personne s'adressent à la clientèle visée par l'offre de services en RFI interne. Chaque critère doit être respecté au moment de l'admission.

- La feuille « Observation d'indicateurs de fin de soins actifs » complétée pour le CRDP
- Les informations contenues sur la formule AH-101P
- Les diagnostics et les traitements (feuilles sommaires) et, si disponible, le protocole opératoire
- Tous les rapports médicaux et les notes d'évolution médicales
- Les rapports radiologiques de la dernière semaine
- Tous les examens spécialisés (scanner, médecine nucléaire, IRM, Holter, écho cardiaque et autres)
- Les examens de laboratoire de la dernière semaine
- L'ordonnance de départ (incluant les médicaments réguliers) et le profil pharmacologique à jour
- Les rapports des procédures récentes demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie (date de changement prévue et plan d'enseignement de l'infirmier, etc.)
- Toute confirmation de maladies infectieuses, incluant le portage de bactéries multirésistantes dont le SARM-ERV, ainsi que les résultats de laboratoires pertinents devraient être acheminés dans le respect

des recommandations et des protocoles adoptés à la Table Régionale de la Prévention des Infections Nosocomiales (TRPIN) et, si pertinent, confirmation du prélèvement de SARM ERV 24 heures avant le transfert vers le CRDP ou le CSSS-RFI

- Les rapports d'évaluation et les notes d'évolution récentes décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie complétés par les professionnels déjà impliqués au dossier (physiothérapie, ergothérapeute, intervenant social, orthophoniste, neuropsychologue, diététiste, équipe de dysphagie)
- Lors d'un transfert de cardiologie : avoir la classe fonctionnelle de la NYHA (New York Heart Association) et/ou la classe de la SSC afin de pouvoir évaluer le niveau d'effort permis pour les usagers
- Le plan de soins
- Les profils de glycémie et d'anticoagulothérapie (incluant les protocoles), lorsque requis
- L'identification de la prise en charge du suivi de l'anti-coagulothérapie
- Le numéro de la carte RAMQ, avec date d'expiration
- La mise à jour de la confirmation écrite des rendez-vous de suivi avec le(s) médecin(s) spécialiste(s) (dates, heures, nom du (des) médecin(s), lieu, etc.)

Les intervenantes de liaison acheminent la demande d'admission aux coordonnatrices des programmes en déficience motrice adulte ou traumatologie du centre de réadaptation et des CSSS-RFI.

Informations et documents généraux requis lors de l'admission

Au moment du transfert, un complément du dossier doit suivre la personne. Il doit contenir :

- La feuille « Observation d'indicateurs de fin de soins actifs » complétée
- Les notes d'évolution médicales et les nouvelles consultations médicales depuis l'envoi du dernier résumé de dossier
- Les nouvelles prescriptions, s'il y a lieu
- Les notes d'évolution de réadaptation depuis la date de l'envoi du dernier résumé de dossier
- Les notes des soins infirmiers de la dernière semaine
- Le plan d'intervention individualisé, s'il y a lieu
- L'horaire des rendez-vous à venir
- Le cardex ou le plan de soins à jour et imprimé
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI) selon l'échéancier d'implantation

Critères généraux de fin d'intervention RFI interne

La réadaptation fonctionnelle intensive interne prend fin lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présentent :

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 ses 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 (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau)
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
5. L'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de RFI (complications ou instabilité médicales)

Pour le premier point, le document utilisé pour une référence en RFI externe est le « Formulaire de demande de services » (Annexe 3). Dans le cas des quatre derniers, si besoin est, l'établissement réfère le client au SAD du CSSS et convoque un PSI pour le transfert du dossier.

| Inscription en RFI externe

Critères généraux d'inscription

Ces critères d'inscription s'appliquent aux personnes qui répondent à la définition générale de la clientèle visée par le service de RFI incluse dans le programme Déficience physique. Chaque critère doit être respecté au moment de l'inscription.

- Diagnostic ou problématique de la personne en lien avec une déficience physique (motrice, visuelle, auditive ou du langage)
- Stabilité de l'état de santé de la personne
- Personne de tous âges dont la condition permet de réaliser des progrès significatifs en termes d'apprentissage et de réalisation des habitudes de vie dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé (PI)
- Pronostic favorable en termes de potentiel de réadaptation lorsque sont considérées les conditions associées, la tolérance à l'effort, la capacité d'apprentissage et la motivation de la personne
- Personne qui réside sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Informations et documents généraux requis lors de l'inscription

- Formulaire d'une demande de services au CRDP (Annexe 3)
- Rapports médicaux (médecin de famille ou spécialistes) précisant le diagnostic médical et documentant les incapacités significatives et persistantes, avec prescription pour des services de réadaptation
- Rapports de professionnels (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, neuropsychologie, etc.) documentant les incapacités significatives et persistantes ainsi que l'impact sur les habitudes de vie

Critères généraux de fin d'intervention RFI externe

- L'atteinte des objectifs du plan d'intervention en lien avec la réadaptation, l'adaptation ainsi que le soutien à l'intégration et à la participation sociale
- La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur la réalisation des habitudes de vie de l'utilisateur (fin des services spécialisés en CRDP)
- L'incapacité de l'utilisateur à participer aux objectifs prévus au plan d'intervention, en lien avec sa santé physique ou mentale
- Le constat que les besoins de l'utilisateur relèvent de l'expertise d'une autre instance
- La décision éclairée de l'utilisateur (ou sa famille) de mettre fin au processus de réadaptation
- Le transfert ou le décès de l'utilisateur

Trajectoire RFI

Clientèle du programme Déficience physique et clientèle avec diagnostic d'AVC 18 et +, issue d'autres programmes-services

Système nerveux	Corridor de services	RFI interne et externe
AVC	Continuum de services pour personnes ayant subi un événement vasculaire cérébral	Interne (mission locale) et externe (mission régionale) CRDP InterVal Interne (mission locale) CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable CSSS Drummond CSSS de l'Énergie CSSS du HSM
Autres neuros		Interne (mission locale) et externe (mission régionale) CRDP InterVal Interne (mission locale) CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable CSSS Drummond CSSS de l'Énergie CSSS du HSM
Lésions médullaires non traumatiques (ASIA C et D)	Corridor de services à venir	Interne et externe (mission régionale) CRDP InterVal
Lésions médullaires non-traumatiques (ASIA A et B)	Centres tertiaires	Interne Centres tertiaires
<ul style="list-style-type: none"> Avec tétraplégies ventilato-assistées 	Programme d'assistance ventilatoire à domicile du (CUSM)	Externe (mission régionale) CRDP InterVal
Traumatologie		
Lésions médullaires traumatiques	Centre d'expertise pour personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ) incluant les tétraplégies ventilato-assistées <u>Pour CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable</u> Centre d'expertise pour personnes blessées médullaires de l'est du Québec (CEBMEQ) incluant les tétraplégies ventilato-assistées	Interne Centres d'expertise Externe (mission régionale) CRDP InterVal
Lésions médullaires traumatiques avec tétraplégies ventilato-assistées	CEBMOQ incluant les tétraplégies ventilato-assistées <u>Pour CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable</u>	Interne Centres d'expertise Externe CRDP InterVal (pour l'adaptation

	CEBMEQ incluant les tétraplégies ventilato-assistées Programme d'assistance ventilatoire à domicile du (CUSM) Entente SAAQ	et l'intégration)
T.C.C. modérés graves	Consortiums régionaux et interrégionaux de soins et services pour les adultes ayant subi un traumatisme crano-cérébral modéré ou grave Entente SAAQ	Interne et externe (mission régionale) CRDP InterVal

Système musculo-squelettique	Corridor de services	RFI interne et externe
B.O.G.	Travaux en cours Entente SAAQ	Interne et externe (mission régionale) CRDP InterVal
Brûlures graves	Centres d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'est du Québec	Interne Centre d'expertise Externe (mission régionale) CRDP InterVal
Amputations extrémités supérieures nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence	Centre d'expertise en réimplantation et revascularisation microchirurgicale de l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Interne Centre d'expertise Externe (mission régionale) CRDP InterVal
Amputations membres supérieurs	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)	<u>Phase prothétique</u> Interne IRGLM <u>Phase préprothétique et postprothétique</u> Externe (mission régionale) CRDP InterVal
Amputations membres inférieurs		<u>Phase préprothétique</u> Externe (mission régionale) CRDP InterVal Interne (mission locale) CRDP InterVal CSSS Arthabaska et de l'Érable CSSS Drummond CSSS Énergie CSSS HSM <u>Phase prothétique</u> Interne CRDP InterVal (mission régionale) <u>Phase postprothétique</u> Externe CRDP InterVal (mission régionale)
Maladies inflammatoires dégénératives		Externe CRDP InterVal (mission régionale)

| Clientèle de la RFI selon les principales pathologies

Voici les clientèles spécifiques admissibles aux services de RFI interne ou externe. Celles-ci présentent des atteintes du système nerveux et du système musculosquelettique. Les différentes clientèles sont présentées selon les principales pathologies de ces systèmes anatomo-physiologiques.

Système nerveux

Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Définition

- Personne ayant subi une ou plusieurs lésions cérébrales acquises de nature ischémique ou hémorragique. L'AVC peut entraîner des incapacités physiques (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 (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 spécifiques d'admission

- Respect de tous les critères généraux d'admission
- Accès à la RFI pour la clientèle avec un diagnostic d'AVC de 18 ans et + sans égard au programme-services d'origine
- Accès à la réadaptation interne pour tous les patients ayant un AVC modéré, sévère ou très sévère
- Considérer le potentiel, même minime, de réadaptation
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation personnalisés, basés sur le profil et les besoins du patient
- Sevrage de la trachéotomie avant le transfert. Si cela s'avérait 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 aux huit heures
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire

Information et documents requis lors de la demande d'admission

- Information clinique pertinente disponible tout au long du continuum (éventuellement via un dossier électronique-Dossier santé Québec (DSQ)), ce qui nécessite des moyens de documentations standardisés
- Utilisation d'outils d'évaluations standardisés dans toutes les phases de réadaptation en évitant la duplication aux points de transition
 - Se référer aux ententes de collaboration déjà existantes intra ou interétablissements
- 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. information sur l'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 les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Information et documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'admission du client
- Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires
- Texture de la nourriture et consistance (particulièrement pour la clientèle dysphagique)
- Informations mises à jour 24 heures avant le transfert

Critères de fin d'intervention en RFI interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention en RFI interne
- Il est jugé être sécuritaire pour se déplacer à domicile
- Son domicile est approprié pour lui permettre de continuer sa réadaptation
- Les services de réadaptation dont il a besoin sont disponibles en externe
- Il a atteint un plateau de récupération au cours des 2 dernières semaines

Critères spécifiques d'inscription

- Respect de tous les critères généraux d'inscription
- La personne doit être à l'intérieur d'un processus de récupération évolutive et avoir la volonté et la capacité physique minimale requise pour participer activement à sa réadaptation

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention en RFI externe

Établissements receveurs

- CRDP InterVal (mission locale RFI interne et mission régionale externe)
- CSSS d'Arthabaska et de l'Érable (mission locale interne)
- CSSS Drummond (mission locale RFI interne)
- CSSS de l'Énergie (mission locale RFI interne)
- CSSS du Haut-Saint-Maurice (mission locale RFI interne)

Les lésions médullaires

Les critères spécifiques d'admission et d'inscription, de fin d'intervention, les informations/documents requis lors de la demande d'admission ou du transfert doivent respecter les orientations du Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec pour la clientèle des lésions médullaires traumatiques ou du Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'est du Québec pour la clientèle des lésions médullaires traumatiques.

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. À titre d'exemples, nous y retrouvons les étiologies suivantes :
 - lésion médullaire ischémique ou hémorragique (malformation artério-veineuse, embolie, postexérèse d'anévrisme de l'aorte abdominale)
 - lésion médullaire infectieuse (abcès épidual, 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 ou d'une lésion traumatique ligamentaire/discale. Parfois, une lésion à la moelle épinière peut survenir sans fracture (Spiral Cord Injury w/o Radiological Abnormality (SCIWORA), sténose spinale). Dans ces circonstances, un lien avec un événement traumatique doit être établi.

Définition de la classification ASIA

- La norme ASIA est un critère d'évaluation du degré de complétude d'une lésion médullaire établi par l'American Spinal Injury Association. Il s'agit d'un standard international.

ASIA A	Atteinte neurologique complète. Absence de fonction sensitive ou motrice en S4-S5.
ASIA B	Atteinte neurologique incomplète. Présence d'une fonction sensitive sous le niveau neurologique, s'étendant aux segments sacrés S4-S5.
ASIA C	Atteinte neurologique incomplète Présence d'une fonction motrice sous le niveau neurologique, plus de la moitié des muscles clés ayant un score moteur inférieur à 3.
ASIA D	Atteinte neurologique incomplète. Présence d'une fonction motrice sous le niveau neurologique, la moitié des muscles clés ont un score moteur égal ou supérieur à 3.
ASIA E	Les fonctions sensorielles et motrices sont normales.

Critères spécifiques d'admission

ASIA C et D

- Respect de tous les critères généraux d'admission
- 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'avérait 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 aux huit heures.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire (excluant les CPAP)
- Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase
- Sevrage de l'alimentation entérale
- La lésion causant la paraplégie ou la tétraplégie doit être stable médicalement

Clientèle ASIA D et clientèle ASIA C avec ou sans trouble sphinctérien. Une autorisation du physiatre d'InterVal devra être considérée pour l'admission d'un client ASIA C niveau supérieur à C5 avec problème respiratoire (cas trop complexe pouvant nécessiter l'expertise du CEBMOQ).

Information et documents requis lors de la demande d'admission

ASIA C et D

- Le diagnostic et les traitements en cours (feuille sommaire)
- L'histoire de cas avec la note médicale la plus récente
- Le résumé du dossier médical incluant le rapport des différentes consultations demandées
- Le profil pharmaceutique
- Les évaluations des professionnels de la réadaptation (incluant celles des intervenants psychosociaux) et les notes d'évolution récentes
- La copie du dernier plan thérapeutique infirmier et les notes de suivi en soins infirmiers des trois derniers jours
- Les résultats récents des tests de laboratoire et des autres examens pertinents relatifs à la condition de l'utilisateur
- Tous les examens radiologiques incluant les examens spécialisés réalisés durant le séjour à l'IRGLM
- Les plans d'intervention et les suivis de plan d'intervention
- Résumé de dossier, notes de réadaptation en soins aigus
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Information et documents requis lors de l'admission

ASIA C et D

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

Critère de fin d'intervention en RFI interne

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

Critères spécifiques d'inscription

ASIA A, B, C et D

- Respect de tous les critères généraux d'inscription
- Sevrage de la trachéotomie avant le transfert
- Si cela s'avérait 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'inscription avec mise à jour au moment de la référence:
 - suivi du CSSS pour entretien et soins d'inhalothérapie nécessaires
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire

Information et documents requis lors de l'inscription

ASIA A, B, C et D

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client
- 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. information sur l'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

Critère de fin d'intervention en RFI externe

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

Établissements receveurs

Lésion médullaire non traumatique ASIA A et B	<ul style="list-style-type: none">• CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)
Lésion médullaire non traumatique ASIA C et D	<ul style="list-style-type: none">• CRDP InterVal (missions régionales RFI interne et externe)
Lésion médullaire traumatique	<ul style="list-style-type: none">• CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)

Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)

Les critères spécifiques d'inscription, de fin d'intervention, les informations et documents requis lors de l'inscription ou lors du transfert doivent respecter les orientations du Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec ou du Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'est du Québec pour la clientèle des lésions médullaires traumatiques.

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, telle que définie ci-haut 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^e vertèbre cervicale)

Critères spécifiques d'inscription

- Respect de tous les critères généraux d'inscription
- La lésion causant la tétraplégie doit être stable médicalement. 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 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'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal s'engage à aviser le CSSS de la date du congé au moins 4 semaines à l'avance. Tout délai d'orientation postcongé de la réadaptation résultera en un transfert à l'hôpital référent 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 (réadaptation axée sur l'intégration sociale)

- 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 trachéotomie, 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

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client
- 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. information sur l'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, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Critère de fin d'intervention en réadaptation fonctionnelle intensive externe

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

Établissements receveurs

Lésion médullaire non traumatique TVA	<ul style="list-style-type: none"> • CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)
Lésion médullaire traumatique TVA	<ul style="list-style-type: none"> • CRDP InterVal pour l'adaptation et l'intégration • CSSS d'origine pour le SAD

Traumatismes crânio-cérébraux (TCC)

Les critères spécifiques d'admission, de fin d'intervention, les informations/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 associée 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 32.

Critères spécifiques d'admission

- Respect de tous les critères généraux d'admission
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 15 à 20 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie avant le transfert.
- Si cela s'avérait 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 aux huit heures
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire

Information et documents requis lors de la demande d'admission

- Fournir l'information et documents généraux requis lors de la demande d'admission du client
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, lors cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)
- Documentation préhospitalière (ambulancier, policier)
 1. Mécanisme du traumatisme
 2. États cliniques pré et post-immédiats au traumatisme
 3. Changement de l'état de conscience (GCS)
 4. Signes vitaux et neurologiques
 5. Notions d'alcool ou de drogue
 6. Traitement sur les lieux de l'accident
 7. Estimation du temps entre l'accident, l'arrivée des premiers secours et l'arrivée à l'urgence du centre hospitalier référant
- Un résumé de dossier comprenant toutes les informations pertinentes à l'analyse du dossier
 1. Notes d'observation du centre référant lors du transfert
 2. Rapports de tous les médecins et spécialistes
 3. Date de l'accident
 4. Toutes les évaluations des professionnels
 5. Résultats de labo et d'imagerie médicale

6. Tout autre document jugé pertinent
 7. Identification claire du centre hospitalier référent et du médecin référent
 8. Feuille de prise en charge de trauma (formulaire AH 450)
 9. Formulaire de prise en charge du polytraumatisé- soins infirmiers
 10. Rapport confirmant un diagnostic de TCC, incluant la date de l'accident
 11. Notes d'évolution
 12. Documentation préhospitalière initiale (formulaire AS-810)
- 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. Information sur l'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)

Information et documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'admission du client
- Mise à jour 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

Critère de fin d'intervention en RFI interne

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

Critère spécifiques d'inscription

- Respect de tous les critères généraux d'inscription

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

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

Établissement receveur

- CRDP InterVal (mission régionale RFI interne et externe)

Catégories de gravité du traumatisme craniocérébral

Caractéristiques	Catégories de gravité		
	Léger	Modéré	Grave
Durée de la perte ou altération ¹ 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

¹ La notion d'une altération de la conscience concerne essentiellement les atteintes légères. Les TCC modérés ou graves sont plutôt associés à une perte de conscience initiale d'une durée variable, mais qui respecte les durées maximales indiquées.

Définition

- Personne ayant des pathologies et atteintes neurologiques autres que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crânio-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)
 - maladies du motoneurone inférieur (ex. : sclérose latérale amyotrophique)
 - maladies démyélinisantes (ex. : sclérose en plaques)
 - lésions du système autonome (ex. : dysautonomie familiale)

Critères spécifiques d'admission

- Respect de tous les critères généraux d'admission
- 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'avérait 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 aux huit heures
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire

Information et documents requis lors de la demande d'admission

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de la demande d'admission du client
- 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. information sur l'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, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Information et documents requis lors de l'admission

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

Critère de fin d'intervention en RFI interne

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

Critères spécifiques d'inscription

- Respect de tous les critères généraux d'inscription

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

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

Établissements receveurs

- CRDP InterVal (mission locale RFI interne) et (mission régionale RFI externe)
- CSSS Arthabaska et de l'Érable (mission locale RFI interne)
- CSSS Drummond (mission locale RFI interne)
- CSSS Énergie (mission locale RFI interne)
- CSSS HSM (mission locale RFI interne)

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 la pathologie peut mener vers des besoins de remplacement de certaines articulations
- Les diagnostics suivants peuvent faire partie de cette clientèle :
 - maladies rhumatismales
 - arthrite
 - ostéoporose
 - ostéomyélite

Critères spécifiques d'inscription

- Épisodes inflammatoires ou douloureux en contrôle
- Besoins de l'usager en lien avec les adaptations et l'intégration socio-professionnelle

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en réadaptation à l'externe

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

Établissement receveur

- CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)

N.B. : Travaux en cours afin de définir de façon plus spécifique la blessure orthopédique grave (BOG)

Définition

- Lésions musculo-squelettiques complexes :
 - 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 spécifiques d'admission

- Respect de tous les critères d'admission généraux
- La clientèle n'ayant pas droit à la mise en charge est admise. La notion de mise en charge n'est pas un critère d'exclusion

Information et documents requis lors de la demande d'admission

- Fournir l'information et documents généraux requis lors de la demande d'admission du client.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, lors cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Information et documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et documents généraux requis lors de l'admission du client.
- 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
- Rapport confirmant un diagnostic de blessures orthopédiques graves, incluant la date de l'accident.
- Rapports professionnels (ergo, physio, service social, neuropsychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie

Critère de fin d'intervention en RFI interne

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

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

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

Établissement receveur

- CRDP InterVal (mission régionale RFI interne) et (mission régionale RFI externe)

Brûlures graves

Les critères spécifiques d'inscription, de fin d'intervention, les informations/documents requis lors de la demande d'inscription ou lors du transfert doivent respecter les orientations du Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'est du Québec.

Définition

- Personne de 0-100 ans, 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^e degré profond et du 3^e degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez les personnes de plus de 50 ans
 - brûlures du 2^e degré profond ou du 3^e degré sur plus de 20 % de la surface corporelle chez les personnes de 16 à 50 ans
 - brûlures du 3^e degré sur plus de 5 % de la surface corporelle
 - brûlures du 2^e ou du 3^e degré impliquant le visage, le cou, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures
 - brûlures causées par le froid (engelures)
 - brûlures électriques (4^e degré) incluant celles provoquées par la foudre
 - brûlures chimiques
 - brûlures des voies respiratoires

CLASSIFICATION DES BRÛLURES

Classes de brûlures	Atteinte
4 ^e degré*	Épiderme, derme total, graisse, fascia et muscles
3 ^e degré	Épiderme, derme papillaire et réticulaire
2 ^e degré profond	Épiderme, derme papillaire et une partie du réticulaire
2 ^e degré superficiel	Épiderme et partie papillaire du derme
1 ^{er} degré	Épiderme

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

Critères spécifiques d'inscription

- Respect de tous les critères généraux d'inscription
- Sevrage de la trachéotomie avant le transfert
- Si cela s'avérait 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 aux huit heures
 4. Maintien S_{aO_2} Air ambiant $\geq 92\%$ depuis au moins 24 h
 5. Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire
 6. Pas de drain thoracique
 7. Si alimentation entérale, gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation
 8. Gavage par tube nasogastrique uniquement si gastrostomie ou jéjunostomie contre-indiquée
 9. Pas de cathéter veineux via veines jugulaires, sous-clavières, axillaires ou fémorales

10. Pas de cathéter central autre que cathéter long sous-cutané (Port-a-Cath), Broviac ou accès veineux sous-cutané (PICC line)
11. Pas de perfusion héparine I.V.
12. Pas de transfusion
13. Pas de bloc épidural

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

- Respect des critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention RFI externe

Établissement receveur

- CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)

Amputations

Définition

- Personne dont la mobilité est réduite 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 ainsi que celles ayant subi une hémipelvectomie avec ou sans amputation font aussi partie de cette clientèle

Critères spécifiques d'admission

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

Information et documents requis lors de la demande d'admission

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de la demande d'admission du client
- Dossier d'hospitalisation
- Description de la plaie du moignon
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.)

Information et documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'admission du client
- 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 h avant le transfert

Critère de fin d'intervention en RFI interne

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

Critères spécifiques d'inscription

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

Information et documents requis lors de l'inscription

- Fournir l'information et les documents généraux requis lors de l'inscription du client

Critère de fin d'intervention en RFI externe

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

Établissements receveurs

Amputations extrémités supérieures nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence	<ul style="list-style-type: none">• CRDP InterVal (mission régionale RFI externe)
Amputations membres supérieurs	<ul style="list-style-type: none">• CRDP InterVal (mission régionale RFI externe en phase pré-prothétique et post-prothétique)
Amputations membres inférieurs	<p><u>Phase préprothétique</u> CRDP InterVal : RFI externe (mission régionale) ou CRDP InterVal : RFI interne (mission locale) CSSS Arthabaska et de l'Érable, RFI interne (mission locale) CSSS Drummond, RFI interne (mission locale) CSSS Énergie, RFI interne (mission locale) CSSS HSM, RFI interne (mission locale)</p> <p>La phase préprothétique peut aussi se poursuivre à domicile ou dans une ressource de convalescence.</p> <p><u>Phase prothétique</u> CRDP InterVal : RFI interne (mission régionale) Phase postprothétique CRDP InterVal : RFI externe (mission régionale)</p>

ANNEXE 1

PROJET D'ENTENTE CRDP INTERVAL ET CSSSAE POUR CLIENTÈLE EN TRAUMATOLOGIE - MAI 2015

Dans un objectif de permettre aux usagers du territoire du CSSS Arthabaska-Érable de recevoir des services de réadaptation le plus près possible de leur domicile et de leur famille, tout en respectant la responsabilité du CRDP InterVal d'offrir des services à la clientèle faisant partie du continuum de traumatologie et de répondre aux exigences de l'entente SAAQ; un projet pilote d'une durée d'un an est à élaborer pour déterminer les modalités de l'entente.

Globalement le projet pourrait consister à ce qui suit :

- Le CRDP InterVal demeure le répondant pour cette clientèle. À cet effet, il reçoit toutes les demandes de services pour la réadaptation interne et externe.
- Le CRDP InterVal procède à l'analyse de la demande de services. La clientèle est dirigée vers l'URFI régionale du CRDP InterVal lorsque ce dernier juge le client à risque, ayant besoin d'une expertise relevant de sa compétence ou pour toute autre raison. Dans les autres cas, la clientèle peut être dirigée vers l'URFI locale du CESSAE afin d'y recevoir sa réadaptation. Des critères pourront être préétablis entre les deux établissements.
- Lorsqu'un usager reçoit ses services de réadaptation dans l'URFI locale du CESSAE, le coordonnateur clinique du CRDP InterVal en assure la coordination des soins, s'assure de la réalisation du plan d'intervention et de toute correspondance avec la SAAQ.
- L'hébergement (gîte et couvert), les soins médicaux et infirmiers ainsi que les professionnels sont fournis par le CESSAE.
- Le service de psychiatrie du CRDP InterVal pourrait être consulté pour la clientèle relevant du CRDP et recevant ses services à l'URFI du CESSAE. (à discuter avec Dre Josée Fortier pour avoir son accord)
- Les intervenants de l'URFI du CESSAE devront fournir leurs statistiques au CRDP InterVal afin de procéder à la facturation auprès de la SAAQ lorsque requis.
- Le dossier de l'utilisateur devra être ouvert dans le système clientèle du CRDP (SIPAD) afin d'en assurer le suivi par le coordonnateur clinique, de compiler les statistiques des intervenants pour la facturation et répondre aux exigences des différents tableaux bord du consortium de traumatologie.
- L'entente pourrait prévoir un achat de services selon les négociations entre les deux établissements pour l'occupation du lit et les services de réadaptation.
- La modalité de congé temporaire hebdomadaire les fins de semaine pendant la durée de la réadaptation à l'URFI du CESSAE doit être favorisée par le SAD du CESSAE et prévue le plus tôt possible dans le processus de réadaptation.
- Lors du congé de l'URFI, l'utilisateur est dirigé vers les services externes du CRDP InterVal si besoins, toujours sous la responsabilité du coordonnateur clinique du CRDP. Le CESSAE pourrait aussi devoir continuer son offre de services en externe via le SAD.

- L'entente devra prévoir les modalités d'échanges des orientations cliniques de chaque établissement pour le suivi de cette clientèle, de même que les modalités de partage des formations pour maintenir l'expertise. Les deux établissements devront s'entendre sur leurs conceptions et leurs choix de d'intervention afin de maintenir une cohérence des services en réadaptation fonctionnelle intensive sur l'ensemble du territoire.
- Afin d'assurer la coordination et la correspondance nécessaire avec la SAAQ selon les modalités de l'entente convenue entre la SAAQ et le MSSS, une copie des rapports des différents professionnels devront être remis au CRDP InterVal pour être déposée au dossier de l'utilisateur. Ces rapports devront répondre aux exigences de la SAAQ quant à leur contenu.
- Le plan d'intervention individualisé (PI), assuré par le coordonnateur clinique du CRDP, répondra aussi aux critères du guide d'élaboration du plan d'intervention du CRDP.

Martine Morin
DSR

ANNEXE 2

Activités offertes par les équipes de base en RFI

Évaluation-planification	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation globale, diagnostic (biopsychosociale) et pronostic<ul style="list-style-type: none">– Élaboration et coordination du plan d'intervention interdisciplinaire et des plans d'intervention disciplinaires• Participation au plan de service individualisé en concertation avec le gestionnaire de cas
Traitement	<ul style="list-style-type: none">• Le recouvrement de la mobilité<ul style="list-style-type: none">– Déplacements au lit– Équilibre assis et debout– Transfert– Déplacements : marche, fauteuil roulant– Renforcement musculaire– Amélioration de l'endurance– Recouvrement des amplitudes articulaires– Contrôle du mouvement• Le recouvrement des fonctions sensibles et perceptuelles<ul style="list-style-type: none">– Proprioception, douleur– Stimulation sensorielle du toucher– Recouvrement de la parole ou acquisition de nouvelles techniques de communication– Amélioration de la condition auditive– Entraînement pour pallier le déficit visuel• Le recouvrement des fonctions cognitives<ul style="list-style-type: none">– Orientation, mémoire, concentration– Jugement, abstraction– Organisation de l'environnement
Orientation	<ul style="list-style-type: none">• L'amorce de la réintégration sociale<ul style="list-style-type: none">– Réadaptation psychosociale– Entraînement aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique– Adaptation du milieu de vie (logement, auto)

Source : Cadre de référence intégré, 2007.

ANNEXE 3



FORMULAIRE D'UNE DEMANDE DE SERVICES

Date de réception : _____
Date dossier complet : _____
Date de décision : _____
No dossier : _____

Nom : _____
Prénom : _____ **D.N. :** _____ **F** **M**
N,A,M. : _____ **Exp. :** _____

Adresse : _____ **Depuis plus de 6 mois? Oui** **Si non, Région :** _____
Ville : _____ **Code postal :** _____
Téléphone résidence : _____ **cellulaire :** _____ **travail :** _____
Père : _____ **Mère :** _____ **Conjoint :** _____
Tél. trav. Père : _____ **Tél. trav. Mère :** _____
Autre adresse si différente _____

Milieu de vie : Famille naturelle Père Mère Vit seul
 Famille d'accueil Responsable : _____ **Tél. :** _____
 R.I. R.T.F. CHSLD Nom : _____

Occupation de l'utilisateur : _____

PERSONNE À CONTACTER SI URGENCE : Nom : _____ Lien : _____
 Téléphone rés. : _____ trav. : _____

L'USAGER EST-IL PORTEUR OU A-T'IL DÉJÀ ÉTÉ PORTEUR D'UNE DES BACTÉRIES SUIVANTES : Non Oui
 SARM ERV Clostridium difficile (C difficile) Autres : _____ **Depuis quand?** _____

RÉFÉRENT : _____ **PROFESSION :** _____
ÉTABLISSEMENT : _____
ADRESSE : _____ **TÉL. :** _____
OBJET DE LA DEMANDE : _____
Nature de la demande (S.A.T. Moteur) : Fauteuil motorisé Fauteuil manuel Base mobile Positionnement Coussin
DIAGNOSTIC : _____ **Code(s) CIM-10** _____

C,S,S,T. **R,A,M,Q.** **S,A,A,Q.** **I,V,A,C.** **FACTURABLE**
N° de réclamation : _____ **Date événement :** _____
Agent d'indemnisation : _____ **Téléphone :** _____
Conseiller en réadaptation : _____ **Téléphone :** _____

ESPACE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DU CRDP INTERVAL
Admissibilité AEO : Acceptée Refusée Annulée
Motif : _____ **Orientation** _____
Plan d'accès : Niveau de priorité : Urgent Élevé Modéré Non-applicable
Signature du responsable : _____ **UA3** _____ **Prog./serv. :** _____

Révisé : 2013-03-07

S.V.P. JOINDRE LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES INSCRITS AU VERSO

no 300,103

<p>S.V.P. Joindre les documents obligatoires aux demandes pour les programmes ci-dessous et les faire parvenir par la poste ou par télécopieur à l'endroit suivant : CRDP InterVal, A.E.O. 1775, Nicolas-Perrot Tél. : 819 378-4083 poste 1480 Trois-Rivières (Québec) G9A 1C5 Téléc. : 819 376-5326</p>	
DÉFICIENCE AUDITIVE	<input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation audiolinguistique (sauf pour les cas d'acouphènes où le rapport ORL est suffisant) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
SAT auditif	<input type="checkbox"/> Audiogramme datant de moins d'un an. <input type="checkbox"/> Recommandations d'aides de suppléance à l'audition, datant de moins d'un an, complété par l'audiologiste <input type="checkbox"/> Certificat médical permanent ou non permanent (datant de moins d'un an) complété par l'ORL.
DÉFICIENCE DU LANGAGE	<input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation orthophonique concluant à un trouble du langage, une hypothèse de trouble du langage ou à un bégaiement décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
DÉFICIENCE MOTRICE	<input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de déficience motrice ou à un trouble de développement. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergothérapie, physiothérapie, service social, psychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur leurs habitudes de vie. Traumatologie : <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de TCC, de blessure médullaire (BM) ou de blessures orthopédiques graves (BOG) incluant la date de l'accident. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social, neuropsychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
DÉFICIENCE VISUELLE	<input type="checkbox"/> Rapport d'optométrie ou d'ophtalmologie (datant de moins d'un an) précisant l'acuité et le champ visuel décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
SAT visuel	<input type="checkbox"/> Recommandation d'un intervenant d'un programme de réadaptation en déficience visuelle.
CONDUITE AUTOMOBILE	<input type="checkbox"/> Formulaire d'inscription du CRDP InterVal <i>« Formulaire d'une demande de services Évaluation de la conduite automobile et adaptation de véhicules »</i> dûment complété. Test routier (conducteur) : <input type="checkbox"/> Lettre de la SAAQ mentionnant la nécessité d'une évaluation fonctionnelle en ergothérapie ou M-57 <input type="checkbox"/> Formulaire M-28 (SAAQ) complété par le médecin traitant ou attestation médicale. Adaptation de véhicule : <input type="checkbox"/> Attestation médicale mentionnant le diagnostic. <i>Si accidenté de la route, ajouter :</i> <input type="checkbox"/> Demande d'évaluation fonctionnelle référée par le programme d'adaptation de véhicule de la S.A.A.Q.

<p>S.V.P. Joindre les documents obligatoires aux demandes pour les programmes ci-dessous et les faire parvenir par la poste ou par télécopieur à l'endroit suivant : CRDP InterVal (Merci de préciser l'équipe concernée : URFI, SAT Moteur) 3450, Sainte-Marguerite Trois-Rivières (Québec) G8Z 1X3</p>	
Déficience Motrice (Adultes-URFI) Tél. : 819 378-4083 poste 1646 Téléc. : 819 379-9360	<input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de déficience motrice ou à un trouble de développement pour les usagers âgés de plus de 18 ans. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social, psychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur leurs habitudes de vie.
SAT moteur (Pavillon G) Tél. : 819 378-4083 poste 1800 Tél. sans frais : 1 877 695-4820 Téléc. : 819 379-7981	<input type="checkbox"/> L'ordonnance médicale écrite confirmant le diagnostic de la déficience motrice, les incapacités de l'usager et la nécessité d'un appareil en provenance d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie ou d'un omnipraticien ayant un privilège d'ordonnance médicale du CRDP InterVal en lien aux aides à la locomotion, aux prothèses, aux orthèses et autres équipements.
Clinique interdisciplinaire de gestion de la spasticité 735, Sainte-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 0B5 Tél. : 819 378-4083 poste 1905 Téléc. : 819 379-6483	<input type="checkbox"/> Rapports et recommandations du médecin traitant, du médecin spécialiste ou d'un intervenant de la santé.
Supplément au loyer 1775, Nicolas-Perrot Trois-Rivières (Québec) G9A 1C5 Tél. : 819 378-4083 poste 1422	<input type="checkbox"/> Formulaire SHQ 1420-06 (2002-05) « Demande de logement à loyer modique » dûment complété. <input type="checkbox"/> Pièces justificatives attestant les revenus du ménage de l'année. <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de la déficience motrice. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.

ANNEXE 4

Observation d'indicateur de fin de soins actifs

adressographe

Date	Initiales
------	-----------

___/___/___ Fonction cardiaque stable (PLS < 100, Φ DRS, TA > 90 ou < 160)
EXPLICATIONS _____

___/___/___ Fonction urinaire miction libre objectivée post retrait de la sonde
 sonde à demeure
 pas d'hématurie
EXPLICATIONS _____

___/___/___ Fonction respiratoire stable - eupnéique, saturation normale $\geq 92\%$, fréquence respiratoire ≤ 20
EXPLICATIONS _____

___/___/___ Fonction neurologique absence de délirium
 absence d'altération de l'état de conscience
 absence d'état moribond

___/___/___ Fonction immunitaire absence de diarrhée
 absence d'hyperthermie (\leq buccale 37,5, \leq rectale 38)
EXPLICATIONS _____

___/___/___ Fonction endocrinienne (glycémies contrôlées)

___/___/___ Fonction tégumentaire absence de plaie
EXPLICATIONS _____

___/___/___ Douleur contrôlée par médication
LAQUELLE _____

Signature de l'ASI _____ Date ___/___/___

Confirmation de stabilité / Congé médical autorisé

Signature du médecin _____ Date ___/___/___

- Les consultants sont avisés Les professionnels sont avisés

Documents envoyés

- Résumé de dossier Complément d'information à jour
- Prescription médicale à jour
- Copie de Kardex Quitte pour le domicile avec service
 sans service
- Test de SARM / C. Difficile Autres, précisez _____
- Prescription de soins et services à domicile
- Effets personnels, médication personnelle et cartes remis
- Équipements spéciaux, précisez _____

BIBLIOGRAPHIE

Cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal, octobre 2007, 3^e édition, juin 2010.

L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien, Ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2004.

Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation à intensité variable, Cadre de référence, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2011.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, décembre 2005.

Cadre de référence intégré, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, mai 2007.

Réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

Les unités de courte durée gériatriques au Québec : Portrait de la situation, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, juin 1999.

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 1997.


Cadre de référence sur l'organisation d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive en établissement de réadaptation en déficience physique, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, mai 2006.

Bilan du plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Révision de l'offre de service destinée aux aînés en phase de soins postaigus, Ministère de la Santé et des Services sociaux, DGSS, Unité des orientations des services aux aînés, 25 mars 2013.



**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca