

CADRE DE RÉFÉRENCE

SERVICES POSTHOSPITALIERS EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE
ET SOINS SUBAIGUS POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

2010

CADRE DE RÉFÉRENCE

SERVICES POSTHOSPITALIERS EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE
ET SOINS SUBAIGUS POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

OCTOBRE 2007

3^E ÉDITION – JUIN 2010

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

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

Notes

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

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

ISBN 978-2-89510-744-6 (version imprimé)

ISBN 978-2-89510-745-3 (PDF)

3^e édition

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca



Sigles et acronymes utilisés

APT	Amnésie post-traumatique
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
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
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
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)
CLSC	Centre local de services communautaires (installation CSSS)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CT Scan	Scanographie ou tomodensitométrie
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DMS	Durée moyenne de séjour
DSIE	Demande de services inter-établissements
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
HJR	Hôpital juif de réadaptation de Laval
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)
PNAVD	Programme national de ventilation à domicile
PPH	Processus de production du handicap
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RA	Ressource alternative
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
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales, Direction de la santé publique
TVA	Tétraplégie ventilo-assistée
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (unité à l'intérieur d'installation CHSLD de CSSS)
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
1. Introduction	8
2. Modalités de référence et mandats des établissements	10
3. Engagement des parties	17
4. Critères généraux d'admission	18
5. Information et documents généraux requis lors de l'admission	19
6. Critères généraux de fin d'intervention	20
7. Cadre de référence et critères d'admission spécifiques selon les clientèles	21
1. Système nerveux	
1.1 Accidents vasculaires cérébraux	21
1.2 Les lésions médullaires	23
1.2.1 Non traumatiques et traumatiques	23
1.2.2 Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)	25
1.3 Traumatismes cranio-cérébraux (TCC)	27
1.4 Autres pathologies neurologiques	29
2. Système musculo-squelettique	
2.1 Fractures et luxations	31
2.2 Autres atteintes du rachis sans atteinte neurologique sévère	32
2.3 Maladies dégénératives et inflammatoires	33
2.4 Lésions musculo-squelettiques complexes, incluant les blessures orthopédiques graves (BOG)	34
2.5 Brûlures graves	35
2.6 Amputations	37
3. Atteintes multisystémiques	
3.1 Soins subaigus (déconditionnement et syndrome d'immobilisation)	38
4. Réadaptation gériatrique	39
8. Glossaire	41

1 Introduction

L'un des mandats confiés au groupe de travail sur le *Plan de mise en œuvre du modèle d'organisation des services posthospitaliers* est de définir, de la façon la plus standard possible, les différentes clientèles. Nous voulons, par cette démarche, que tous les acteurs concernés soient en mesure de bien cibler la clientèle qui devrait être orientée en réadaptation dans les CSSS ou en centre hospitalier de réadaptation.

Un sous-groupe médical a contribué à l'élaboration du document en y apportant des commentaires et des précisions afin que le résultat final représente un consensus des professionnels et des médecins. Ce document reflète donc la vision et les orientations des acteurs (gestionnaires, professionnels et médecins) en réadaptation fonctionnelle intensive du réseau montréalais et de l'ASSSM. Cette vision est illustrée dans les buts visés pour la réalisation du modèle d'organisation des services posthospitaliers et dans le suivi du cadre de référence par tous les partenaires.

Buts visés

- Donner un rôle accru aux CSSS, en raison de leur responsabilité populationnelle, tant dans la prestation de services que dans la coordination des services posthospitaliers de réadaptation en interne dispensés par les CHR et les CSSS-URFI.
- Rendre accessible, le plus près possible du lieu de résidence des personnes, les services posthospitaliers de réadaptation en interne pour la clientèle de santé physique.
- Favoriser le retour à domicile de la clientèle ayant subi une intervention PTH – PTG.
- Simplifier et uniformiser les mécanismes d'accès aux services posthospitaliers de réadaptation en interne.
- Utiliser un outil commun pour la transmission des informations clientèles.
- Concentrer les clientèles avec un faible volume afin d'optimiser l'expertise et l'utilisation des ressources humaines et des plateaux techniques.
- Collaborer au désengorgement des urgences.
- Développer un continuum de services intégrés interétablissements.
- Assurer une complémentarité interprogramme.
- Rendre le réseau de la réadaptation plus efficace (notion de la bonne clientèle, au bon endroit, pour les bons services).

Programmes-services

Afin d'actualiser ce modèle, l'organisation des services a été conçue autour de trois grands types de clientèle : programme-services santé physique, programme-services déficience physique et programme-réadaptation gériatrique. Ils sont à l'origine de la désignation des différents mandats des établissements de réadaptation.

Programme-services santé physique

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

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

Programme-services déficience physique

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

Programme-réadaptation gériatrique

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

Clientèles admissibles

Au sein de ces programmes-services, certaines clientèles spécifiques sont admissibles.

Les clientèles admissibles dans ce cadre de référence sont celles qui présentent des atteintes du système nerveux, du système musculo-squelettique et multisystémiques (soins subaigus). Les différentes

clientèles sont présentées selon les principales pathologies de ces systèmes anatomo-physiologiques. La clientèle qui nécessite une réadaptation gériatrique termine cette présentation.

Il importe de mentionner que les clientèles avec atteintes cardiaques, pulmonaires ou oncologiques, nécessitant une approche spécifique en réadaptation fonctionnelle intensive en interne, ne sont pas visées par ce cadre de référence. Des travaux seront entrepris par l'ASSSM, dans le cadre du rapatriement des clientèles hors-régions par les régions d'ici le 31 mars 2011, afin d'identifier les besoins de ces clientèles.

Besoins de réadaptation

Nonobstant la présentation des différentes clientèles selon les principales pathologies, l'orientation de la clientèle vers un établissement de réadaptation doit d'abord être fonction des besoins de réadaptation de la personne.

Il faut faire la distinction entre les besoins de réadaptation et la pathologie présente chez une personne (diagnostic).

En effet, une personne avec un diagnostic neurologique d'AVC, par exemple, pourrait être orientée vers des établissements de réadaptation différents selon ses besoins de réadaptation : réadaptation fonctionnelle intensive, soins subaigus ou réadaptation gériatrique. Un établissement qui n'a pas de programme-services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique pourrait quand même accueillir une personne avec atteintes neurologiques pour l'obtention de soins subaigus (soins médicaux, infirmiers ainsi que de réadaptation mais à un moindre niveau afin de permettre une récupération à la suite d'un déconditionnement).

Dans le même sens, une personne âgée avec atteintes physiques et cognitives qui a des besoins de services en réadaptation fonctionnelle intensive en musculo-squelettique ou en soins subaigus doit être orientée vers ces services et non en réadaptation gériatrique. Le personnel des centres hospitaliers de réadaptation et des unités de réadaptation fonctionnelle intensive adopte l'approche globale nécessaire pour desservir ces clientèles.

2 Modalités de référence et mandats des établissements

Des modalités de référence ont été élaborées et des mandats attribués aux établissements de réadaptation montréalais afin de faciliter l'orientation de la clientèle selon les programmes-services. Deux modalités distinctes de référence ont été identifiées pour la clientèle de la région de Montréal selon le programme-service requis et une seule pour la clientèle des autres régions du Québec afin de respecter la responsabilité populationnelle de chaque région.

Clientèle de la région de Montréal

Clientèles santé physique et réadaptation gériatrique

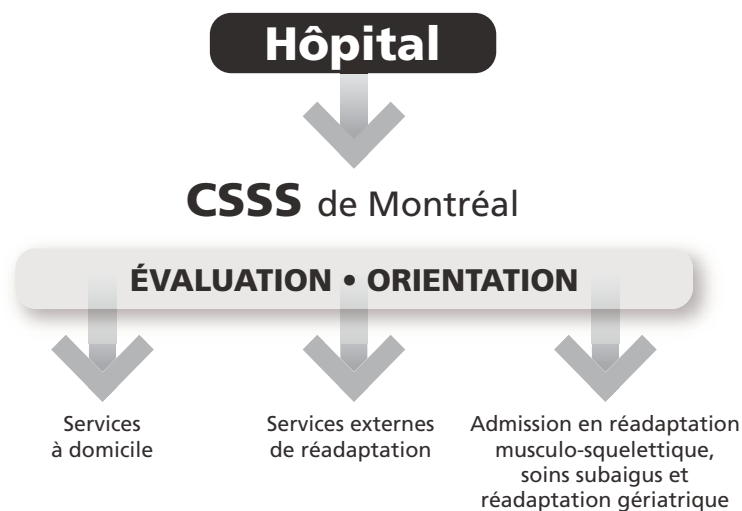
Les demandes de service pour les *clientèles santé physique et réadaptation gériatrique* doivent être dirigées vers les **CSSS**. Les demandes entreront par chacune des installations CLSC des CSSS, selon l'adresse de la clientèle, et seront regroupées au **guichet d'accès pour évaluation/orientation**.

Selon les besoins, le CSSS pourra orienter la clientèle à domicile et dispenser des **services à domicile** ou assurer des **services externes de réadaptation**. Selon la condition de la clientèle, elle pourra être admise en CHR/URFI au sein du CSSS ou orientée vers un **établissement pairé avec le CSSS**, soit pour la *santé physique*, soit pour la *réadaptation gériatrique*.

Dans certains cas, la clientèle pourrait venir du domicile et être orientée par le CSSS. Pour cette clientèle, une évaluation médicale récente doit cependant avoir été réalisée par le médecin traitant ou référent.

SCHÉMA 1 – Modalités de référence

Clientèles santé physique et réadaptation gériatrique – Résident de la région de Montréal



2

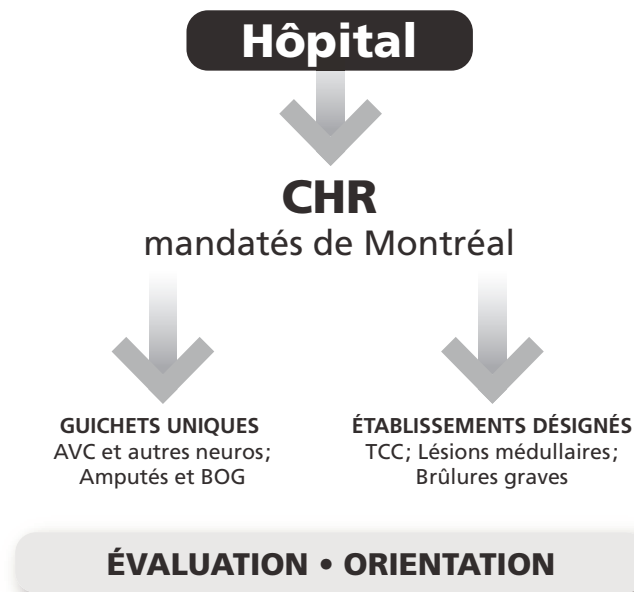
Clientèle déficience physique

En ce qui a trait aux demandes de service pour la *clientèle déficience physique résidente de Montréal*, elles doivent être acheminées aux **centres hospitaliers de réadaptation mandatés de Montréal**.

La clientèle AVC et autres neuros ainsi que la clientèle amputée et BOG doivent être orientées vers les **guichets uniques** identifiés à ces clientèles. Les clientèles du consortium intrarégional pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave et des centres d'expertise de l'Ouest et de l'Est du Québec pour les blessés médullaires et les brûlures graves doivent être orientées directement vers les établissements désignés selon les ententes en vigueur.

SCHÉMA 2 – Nouvelles modalités de référence

Clientèle déficience physique – Résident de la région de Montréal



2 Mandats des établissements

Clientèles en santé physique, déficience physique et réadaptation gériatrique

	SANTÉ PHYSIQUE	DÉFICIENCE PHYSIQUE	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
SYSTÈME NERVEUX			
AVC	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson ■ CHR Villa Médica ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
L.M. NON-TRAUMA	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal
L.M. TRAUMA	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
T.V.A.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
T.C.C.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
AUTRES NEUROS	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson ■ CHR Villa Médica ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson

(Suite à la page suivante)

	SANTÉ PHYSIQUE	DÉFICIENCE PHYSIQUE	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE			
FRACTURES ET LUXATIONS	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
RACHIS SANS NEURO	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ET INFLAMMATOIRES	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
LÉSIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES COMPLEXES INCLUANT LES B.O.G.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
BRÛLURES GRAVES	N.A.	■ CHR Villa Médica	■ CHR Villa Médica²
AMPUTATIONS	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CHR Villa Médica	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal² ■ CHR Villa Médica²
MULTI-SYSTÉMIQUE			
SOINS SUBAIGUS	■ CSSS-URFI ■ CHR	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson

1. En vertu d'une entente interrégionale avec l'Agence de Laval, la région de Montréal a accès à des lits de réadaptation à l'Hôpital juif de réadaptation de Laval pour la clientèle montréalaise d'ici le 31 mars 2011. Seuls les guichets d'accès des CSSS de Montréal pour la *clientèle santé physique* et les centres hospitaliers de réadaptation mandatés de Montréal pour la *clientèle déficience physique* peuvent orienter la clientèle montréalaise à l'Hôpital juif de réadaptation de Laval.
2. Pour ces diagnostics, la personne est référée à l'établissement mandataire en déficience physique. Un lien sera fait avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le CSSS Cavendish – CHR Richardson selon le territoire de desserte afin de compléter l'offre de services spécialisés en réadaptation gériatrique, selon les besoins de la personne.

Clientèle des autres régions

Clientèles santé physique et déficience physique

Les demandes de service pour la *clientèle santé physique et déficience physique* des **autres régions en provenance des hôpitaux montréalais ou des autres régions** doivent d'abord être orientées vers les CSSS d'appartenance de la région de la personne. Après **évaluation/orientation**, les CSSS hors régions peuvent décider de les orienter vers une **URFI** ou un **établissement désigné en traumatologie de leur région**. S'il y avait un problème de disponibilité de ressources dans la région, le CSSS peut orienter la personne vers un **CHR mandaté de Montréal**. En vertu d'une entente interrégionale avec les Agences de la santé et des services sociaux de Laval, Montréal, Laurentides, Lanaudière et Montérégie, un nombre de lits pré-établis est réservé pour les régions hors-Montréal jusqu'au 31 mars 2011 et concentré dans quelques établissements de réadaptation.

Seules les clientèles des consortiums régionaux et interrégionaux de soins et services pour les adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave et des centres d'expertise de l'Ouest et de l'Est du Québec pour les blessés médullaires et les brûlures graves doivent être orientées directement vers ces réseaux d'établissements, selon les ententes régionales.

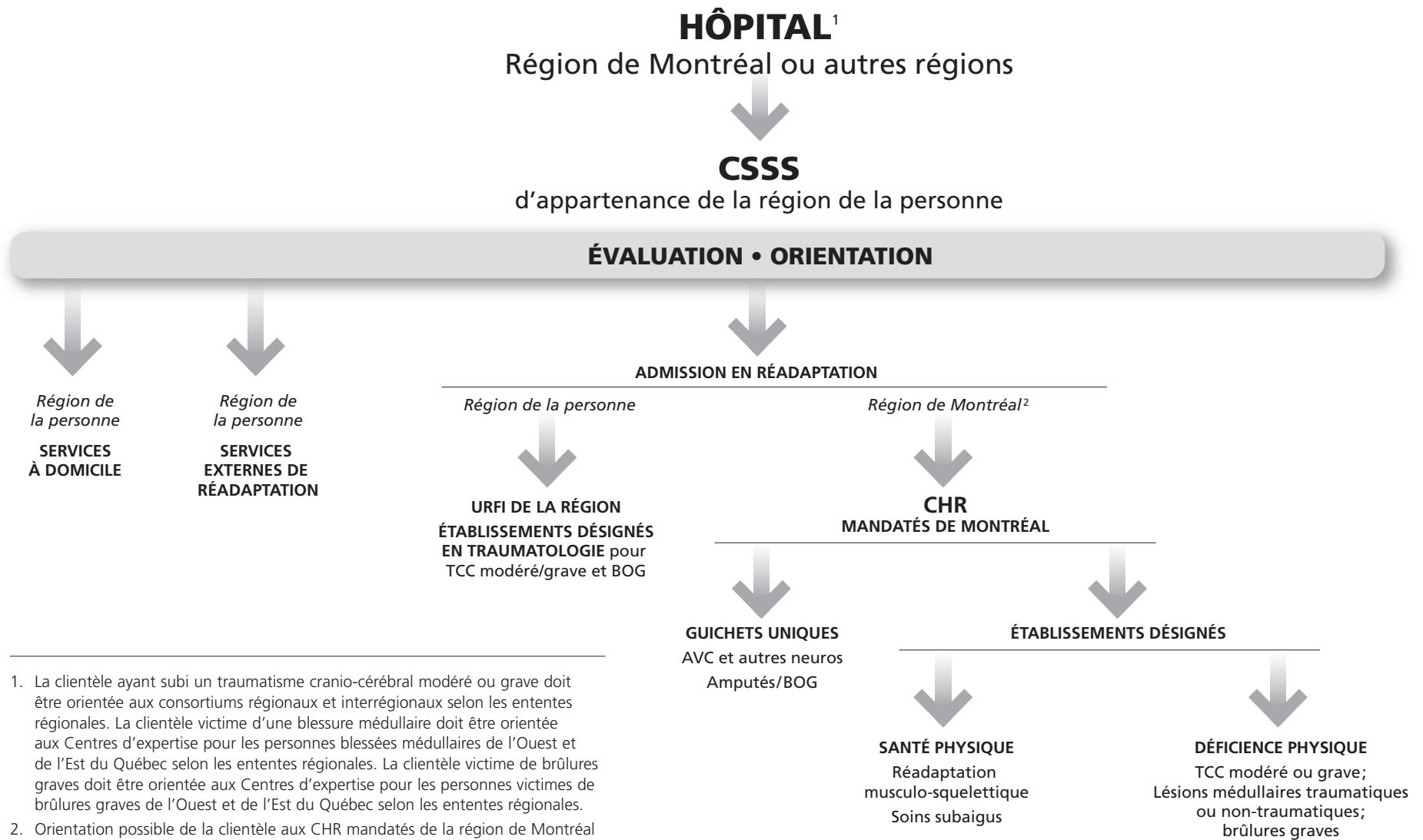
La clientèle santé physique des régions de Laval, Laurentides et Lanaudière peut être orientée par les CSSS de ces régions au CHR Marie-Clarac et celle de la région de la Montérégie vers les CHR Villa Médica, Catherine Booth et le CSSS Cavendish-CHR Richardson. La clientèle des autres régions administratives doit être orientée, par ailleurs, à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

Des lits sont également réservés pour la clientèle AVC et autres atteintes neurologiques de toute les régions administratives du Québec à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Il en va de même pour la clientèle amputée : membre inférieur au CHR Villa Médica et membre supérieur à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Les demandes d'admission à ces deux établissements doivent transiter cependant des CSSS d'appartenance de la région de la personne vers les guichets d'accès spécifiques à ces programmes : guichet unique AVC et autres neuros ou guichet unique Amputé-BOG.

La clientèle santé physique et déficience physique non résidente du Québec doit quant à elle être orientée directement à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

SCHÉMA 3 – Modalités de référence

Clientèles santé physique et déficience physique – Résidant des autres régions



1. La clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave doit être orientée aux consortiums régionaux et interrégionaux selon les ententes régionales. La clientèle victime d'une blessure médullaire doit être orientée aux 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 aux Centres d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest et de l'Est du Québec selon les ententes régionales.
2. Orientation possible de la clientèle aux CHR mandatés de la région de Montréal si ressources non disponibles dans la région d'appartenance, en vertu d'une entente interrégionale.

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

PROGRAMME-SERVICES	RÉGION	CLIENTÈLE	CORRIDORS DE SERVICES
Santé physique	CSSS Laval CSSS Laurentides CSSS Lanaudière	Fractures et luxations Rachis sans neuro Maladies dégénératives et inflammatoires Soins subaigus	■ CHR Marie-Clarac
	CSSS Montérégie	Fractures et luxations Rachis sans neuro Maladies dégénératives et inflammatoires	■ CHR Villa Médica ■ CHR Catherine Booth
		Soins subaigus	■ CHR Villa Médica ■ CSSS Cavendish-CHR Richardson
	CSSS autres régions Hors province Hors pays	Fractures et luxations Rachis sans neuro Maladies dégénératives et inflammatoires Soins subaigus	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
Déficience physique	CSSS Laval CSSS Laurentides CSSS Lanaudière CSSS Montérégie CSSS autres régions Hors province Hors pays	AVC et autres neuros	■ Guichet unique AVC et autres neuros
		Amputations et BOG	■ Guichet unique Amputé-BOG
		Lésions médullaires non-traumatiques Traumatismes cranio-cérébraux	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ¹
		Lésions médullaires traumatiques incluant les tétraplégies ventilo-assistées	■ Centres d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec – Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
		Brûlures graves	■ Centres d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec – CHR Villa Médica

1. Ces clientèles peuvent être orientées à l'IRGLM dans la mesure où les consortiums régionaux et les établissements régionaux de réadaptation ne peuvent prendre en charge ces clientèles. Par ailleurs, il n'y a pas de lit réservé à cet établissement pour cette clientèle des autres régions.

3 Engagement des parties

L'hôpital s'engage à réadmettre la personne sur demande et sans délai lorsqu'il y a une complication ou une détérioration de son état de santé.

L'hôpital référent, en collaboration avec le CSSS, s'engage à assumer la prise en charge de la personne dans un délai maximal de deux semaines, lorsque celle-ci ne peut réintégrer son milieu d'origine à la fin de son épisode de réadaptation en interne en CHR ou CSSS-URFI, selon les critères de fin d'intervention.

Par ailleurs, lorsque l'hôpital est visé par le plan de transformation des unités de soins de longue durée (USLD), l'établissement de réadaptation ne doit pas retourner la personne vers l'hôpital référent. Dans ce contexte, le CSSS devient responsable d'évaluer, d'orienter et de prendre en charge la personne en fin d'épisode de soins. La personne doit quitter le CHR ou CSSS-URFI dans les 72 heures suivant la fin des interventions, en respect des modalités du plan de transformation des USLD.

Lorsque la personne réintègre son milieu de vie à la fin de son épisode de réadaptation, le CSSS s'engage à prendre en charge¹ la personne afin d'assurer la continuité des services.

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

- compléter la DSIE, document principal intégré et les formulaires pertinents, pour toute demande d'admission pour les services posthospitaliers en réadaptation et en soins subaigus lorsque la personne est prête à être transférée en CHR ou CSSS-URFI² ;
- respecter les mécanismes de référence établis pour les services posthospitaliers en réadaptation et en soins subaigus ;
- aviser l'établissement prestataire de services de tout changement sur le statut de la personne (plaies, infections nosocomiales, maladies contagieuses, etc.) avant l'admission ;
- déclarer tous les diagnostics secondaires ;
- fournir, avant l'admission, les informations sur les fournitures particulières ou du matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.) ;
- aviser l'établissement prestataire de services de toutes précautions nécessaires par rapport aux soins cliniques ;

- informer le CSSS (par l'hôpital, au moyen de la DSIE) lors d'un changement dans l'orientation de la personne, vers des services à domicile, des services externes de réadaptation ou vers d'autres ressources.

Les établissements prestataires de services s'engagent à :

- répondre dans un délai maximal de deux jours ouvrables entre l'envoi de la DSIE et la décision sur l'acceptation ou non de la demande d'admission ;
- confirmer l'admission auprès de l'établissement référent 24 heures ouvrables avant celle-ci ; soit par un avis d'acceptation ou un suivi d'intervention provenant de l'application DSIE ;
- maintenir un taux d'occupation global minimum de 95 % et une durée moyenne de séjour la plus courte possible ;
- informer le CSSS (par le CHR, au moyen de la DSIE) lors de l'orientation d'une personne vers un centre de réadaptation pour des services externes ;
- informer l'hôpital ou le CSSS, au moyen de la DSIE et autres documents pertinents, lorsque la personne a atteint un plateau de réadaptation, si établissement visé par un plan de transformation des unités de soins de longue durée (USLD).

N.B. En raison de l'adoption par le MSSS en juin 2008 du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*³, les établissements impliqués auprès de la clientèle en déficience physique et l'Agence devront mettre en place, d'ici 2011, une démarche structurée visant l'accessibilité et la continuité des services de réadaptation pour cette clientèle. Ce nouveau plan comporte des standards à atteindre selon trois niveaux de priorité : urgent, élevé et modéré. Ce sont des normes quantitatives sur les délais maximaux à respecter selon les principales étapes de l'accès aux services : accueil, analyse de la demande et début des services.

1. Par prendre en charge, on entend : 1) assurer la prestation des services requis, selon le mandat du CSSS et le type de ressources disponible au CSSS ; ou 2) assurer la coordination, par l'entremise d'ententes de services avec les établissements partenaires du CSSS, à l'accès aux services médicaux généraux ou de spécialistes et aux autres services cliniques requis.
2. La personne prête à être transférée doit présenter un état médical, psychiatrique et post-chirurgical stable (sans risque de décompensation à court terme). Elle doit être en mesure de recevoir son congé de l'hôpital et d'entreprendre dans l'immédiat une réadaptation fonctionnelle intensive ou soins subaigus à l'interne en CHR ou CSSS-URFI. Il importe donc de bien planifier le congé de la personne.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble : déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*, juin 2008.

4 Critères généraux d'admission

Pour la région de Montréal et les autres régions

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

- 1) Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus (16 ans pour les brûlures graves).
- 2) Présence d'incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (AVD et AVQ).
- 3) Nécessite des **services de réadaptation sur une base quotidienne** et des soins médicaux et infirmiers (sauf pour la clientèle des soins subaigus où fréquence minimale de trois séances de réadaptation par semaine).
- 4) Potentiel de réadaptation :
 - pronostic favorable d'amélioration au plan de son autonomie ;
 - potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités ;
 - capacité de comprendre et de suivre des consignes simples ;
 - capacité de participer activement à la réadaptation.
- 5) La personne ou son représentant consent au transfert à un programme de réadaptation fonctionnelle intensive ou à un programme de soins subaigus adapté à sa condition.
- 6) La personne ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation ou soins subaigus à l'interne en raison :
 - de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs) ;
 - de surcharge physique et psychologique pour lui-même ou pour ses proches ;
 - d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.
- 7) État médical, psychiatrique et postchirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :
 - aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent le transfert ;
 - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus ;
 - les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active et s'il y a trachéotomie, il n'y a pas de risque d'obstruction aiguë.
- 8) Absence de troubles graves de comportement non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui.
- 9) Absence de toutes conditions qui pourraient **empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat**, la réadaptation.
- 10) L'hôpital effectuera un prélèvement pour recherche de SARM dans les 24 heures précédant la date d'admission annoncée par le CHR ou CSSS-URFI ; l'ERV sera également recherché si l'hôpital est en situation d'éclosion. Lors de la confirmation du transfert (24 heures avant), le CHR ou CSSS-URFI vérifiera, auprès de l'hôpital, le statut infectieux de la clientèle¹. Cette démarche pourra se faire par téléphone et les informations recueillies par le représentant du CHR ou CSSS-URFI seront celles de la Grille intitulée « Statut infectieux », développée par le TRPIN. Elles seront consignées par écrit sur cette Grille et versées au dossier de la personne. Le CHR ou le CSSS-URFI prendra en considération le résultat du dernier dépistage connu pour l'attribution d'un lit.

Les résultats portant sur les dépistages des infections nosocomiales effectués en cours d'hospitalisation seront saisis de la façon la plus exhaustive possible dans le document principal intégré de la DSIE¹. À compter du 1^{er} mai 2008, les hôpitaux ont intégré des informations additionnelles concernant les infections nosocomiales, à l'intérieur du document principal de la DSIE.

1. Recommandations de la Direction de la santé publique et de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

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

L'information et les documents requis lors de l'admission de la personne s'adressent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un centre hospitalier de réadaptation ou vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Chacun des éléments doit accompagner la personne lors de son admission.

- 1) Ordonnance de départ (incluant les médicaments réguliers) et le profil pharmacologique récent.
- 2) Feuille sommaire médicale et si disponible le protocole opératoire (ex. : l'amplitude articulaire du genou obtenue en salle d'opération, la position de sommeil, l'approche pour PTH-PTG, etc.).
- 3) Rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents.
- 4) Rapports des procédures récentes demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie (date de changement prévue et plan d'enseignement de l'infirmier(ère), etc.).
- 5) Confirmation du prélèvement de SARM (ou ERV si pertinent) 24 heures avant le transfert vers le centre hospitalier de réadaptation ou le CSSS-URFI.
- 6) Rapports des médecins consultants et des autres professionnels de la réadaptation dont les informations sur les fonctions cognitives lorsque disponibles et pertinentes (ex. : mémoire à long terme, jugement/autocritique, activation/initiative, capacité d'apprentissage/organisation de l'information, apraxie, tolérance à la frustration, etc.).
- 7) Plan de soins.
- 8) Profils de glycémie et d'anticoagulothérapie (incluant les protocoles lorsque requis.
- 9) Identification de la prise en charge du suivi de l'anti-coagulothérapie.
- 10) Numéro de la carte RAMQ, avec date d'expiration.
- 11) 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.) depuis l'information transmise dans le document principal intégré de la DSIE lors de la demande d'admissibilité.

Ne pas envoyer le dossier médical. Il est important de transmettre les informations pertinentes afin d'assurer un suivi sécuritaire lors du transfert de la clientèle à l'intérieur de l'enveloppe de départ.

6 Critères généraux de fin d'intervention

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

- 1) la personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie (domicile*, centre d'hébergement, ressource intermédiaire (RI) ou alternative (RA), ressource de type familial (RTF)), de façon sécuritaire avec ou sans aide et peut, lorsque requis, recevoir 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 réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus (complications ou instabilité médicales).

Alors, l'établissement de réadaptation informe le CSSS et met à jour la DSIE.

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

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

1. Système nerveux

1.1 Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Définition

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

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
Si cela s'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.

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

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

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

- DSIE document principal intégré.
- 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, ...) 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.).

**Établissements
receveurs**

- Via guichet unique AVC
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
 - CHR Villa Médica
 - CSSS Cavendish – CHR Richardson
 - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 - Hôpital juif de réadaptation de Laval

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

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

1. Système nerveux

1.2 Les lésions médullaires

1.2.1 Non traumatiques et traumatiques

Les critères d'admission spécifiques, de fin d'intervention, les informations/documents requis lors de la demande d'admission ou lors 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.

Définition de la lésion médullaire non traumatique

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

Définition de la lésion médullaire traumatique

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

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie, ...). 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.
- Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase.
- Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube nasogastrique).
- La lésion causant la paraplégie ou la tétraplégie doit être stable médicalement.

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

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

Information/ documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE document principal intégré.
 - 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, ...) 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.).
-

Établissements receveurs

- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
 - Institut universitaire de gériatrie de Montréal (réadaptation gériatrique pour la clientèle non-traumatique seulement)
-

Information/ documents requis lors de l'admission

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

1. Système nerveux

1.2 Les lésions médullaires

1.2.2 Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)

Les critères d'admission spécifiques, de fin d'intervention, les informations/documents requis lors de la demande d'admission ou lors 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.

Définition de la lésion médullaire non traumatique TVA

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

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- 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. 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).
- Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase.

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

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

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

Information/ documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE document principal intégré.
- 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.).

Établissements receveurs

- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Information/ documents requis lors de l'admission

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

Autres

- Attribution de deux ventilateurs portatifs personnels.

1. Système nerveux

1.3 Traumatismes cranio-cérébraux (TCC)

Les critères d'admission spécifiques, 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 cranio-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 suivante.

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
Si cela s'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.

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

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

Information/documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE document principal intégré.
- 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.).

Établissements receveurs

- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal pour la clientèle de la région de Montréal.
- Consortiums régionaux et interrégionaux pour la clientèle des autres régions.

Information/ documents requis lors de l'admission

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

Catégories de gravité du traumatisme crânio-cérébral

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

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

1. Système nerveux

1.4 Autres pathologies neurologiques

Définition

- Personne ayant des pathologies et atteintes neurologiques autres que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes cranio-cérébraux (TCC) ou les lésions médullaires traumatiques ou non traumatiques. L'incapacité qui résulte est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Les diagnostics suivants font partie des autres pathologies neurologiques :
 - encéphalopathies (ex. : méningites, vasculites, encéphalites, encéphalopathies anoxiques, encéphalopathies métaboliques);
 - tumeurs cérébrales postneurochirurgie ;
 - Atteintes congénitales ou développementales (ex. : déficits moteurs cérébraux (DMC), spina bifida, hydrocéphalies);
 - maladies génétiques (ex. : mitochondriopathies);
 - maladies dégénératives et héréditaires (ex. ataxies cérébelleuses et autres, atrophies cérébelleuses);
 - maladies neurocutanées (ex. : neurofibromatose, Sturge-Weber);
 - trouble du mouvement (ex. : Parkinson, choréathétose, 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 d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux et de tous les critères d'admission spécifiques aux AVC (cf. 1.1).
- L'aggravation doit être aiguë et les incapacités et handicaps partiellement réversibles.
- L'aggravation ne doit pas être consécutive à une détérioration respiratoire.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.

Si cela s'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.

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

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

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

- DSIE document principal intégré.
 - 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.).
-

**Établissements
receveurs**

- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
 - CHR Villa Medica
 - CSSS Cavendish – CHR Richardson
 - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 - Hôpital juif de réadaptation de Laval
-

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

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

2. Système musculo-squelettique

2.1 Fractures et luxations

Définition	■ Personne ayant subi une ou des fractures et/ou une luxation, d'origine traumatique ou non.	
Critères d'admission spécifiques	■ Respect de tous les critères d'admission généraux. ■ Si atteinte du membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise. Selon la disponibilité des lits, la clientèle avec mise en charge est priorisée. ■ Si atteinte du membre supérieur, mobilisation active permise. ■ La clientèle sans mise en charge ou sans mobilisation active peut être acceptée dans les lits de la clientèle fractures et luxations ou ceux de la clientèle de soins subaigus, selon la disponibilité des lits et la période de temps requise pour que la personne puisse entreprendre le programme de réadaptation. La clientèle peut être orientée à la place vers d'autres ressources (ex.: UTRF – unité transitoire de récupération fonctionnelle, etc.).	
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.	
Information/documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).	
Établissements receveurs	■ CSSS-URFI ■ CHR Catherine Booth ■ CHR Marie-Clarac ■ CHR Villa Medica	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval ■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish – CHR Richardson (réadaptation gériatrique)
Information/documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur). ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.	

2. Système musculo-squelettique

2.2 Autres atteintes du rachis sans atteinte neurologique sévère

Définition	■ Personne ayant subi une atteinte de la colonne vertébrale de nature aiguë et réversible, traitée (discoïdectomie, laminectomie, fusion vertébrale ou prothèse discale, postvertébroplastie) et sans atteinte neurologique sévère (voir lésion médullaire). ■ La personne présentant une atteinte de la colonne ne doit pas être dirigée dans la clientèle des lésions médullaires, à moins de faiblesse importante des membres inférieurs d'origine essentiellement neurologique; problématique s'apparentant à une paraplégie avec impact significatif sur la marche.	
Critères d'admission spécifiques	■ Respect de tous les critères d'admission généraux.	
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.	
Information/documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).	
Établissements receveurs	■ CSSS-URFI ■ CHR Catherine Booth ■ CHR Marie-Clarac ■ CHR Villa Medica	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval ■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CESS Cavendish – CHR Richardson (réadaptation gériatrique)
Information/documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur et le port du corset). ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.	

2. Système musculo-squelettique

2.3 Maladies dégénératives et inflammatoires

Définition	■ Personne ayant une pathologie à caractère évolutif présentant une atteinte au niveau des muscles, des os ou des articulations, pouvant altérer la mobilité. De plus, l'évolution de 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. ■ Les arthroplasties électives de la hanche (PTH) et du genou (PTG) font partie de cette clientèle.		
Critères d'admission spécifiques	■ Respect de tous les critères d'admission généraux. ■ Épisode inflammatoire et/ou douloureux contrôlé n'empêchant pas la participation aux activités de réadaptation.		
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.		
Information/documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.). ■ Selon les orientations du <i>Cadre de référence « Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CSSS-CHRI/URFI-Médecins »</i> de l'Agence de Montréal (décembre 2003, révision juillet 2008), l'hôpital doit d'abord faire parvenir une demande pré-admission « PTH-PTG soins à domicile » au CSSS de la personne pour toutes les arthroplasties électives de la hanche et du genou. Après évaluation par le CSSS, il est déterminé que lorsque la personne nécessite une réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne au sein d'un CHR ou d'un CSSS-URFI, l'hôpital doit compléter le document principal intégré de la DSIE dans les 24 heures postchirurgie et transmettre la demande au guichet d'accès du CSSS à l'adresse « RFI-soins subaigus ». Avant le transfert vers l'établissement de réadaptation, la condition médicale de la personne doit cependant être stabilisée.		
Établissements receveurs	■ CSSS-URFI ■ CHR Catherine Booth ■ CHR Marie-Clarac	■ CHR Villa Medica ■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Hôpital juif de réadaptation de Laval ■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish – CHR Richardson (réadaptation gériatrique)
Information/documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole orthopédique (ex. : l'amplitude articulaire du genou obtenue en salle d'opération, la position de sommeil, l'approche pour PTH-PTG, etc.) et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur). ■ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie pour PTH-PTG. ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.		

2. Système musculo-squelettique

2.4 Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les 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 d'admission spécifiques	■ Respect de tous les critères d'admission généraux. ■ Si membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise. Selon la disponibilité des lits, la clientèle avec mise en charge est priorisée. ■ La clientèle sans mise en charge peut être acceptée dans les lits de cette clientèle selon la disponibilité des lits. La clientèle peut être orientée à la place vers d'autres ressources (ex. : unité transitoire de récupération fonctionnelle, etc.).
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Information/documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
Information/documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole orthopédique et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, le plan de mise en charge et limitation de mouvements). ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

2. Système musculo-squelettique

2.5 Brûlures graves

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

Définition

- Personne de 16 ans et plus, ayant subi une atteinte sévère de la peau ou des muqueuses provoquée par une exposition ou par un contact avec un agent physique (chaleur, froid, courant électrique) ou chimique.
- **Sont considérées comme brûlures graves :**
 - brûlures du 2^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.

(voir classification des brûlures à la page suivante)

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
Si cela s'avérerait impossible à **court terme** :
 - 1) absence de risque d'obstruction aigüe si décanulation accidentelle ;
 - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation ;
 - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert ;
 - soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures.
 - 4) maintien S_aO_2 Air ambiant $\geq 92\%$ depuis au moins 24 hres.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.
- Pas de drain thoracique.
- Si alimentation entérale, gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation.
- Gavage par tube nasogastrique uniquement si gastrostomie ou jéjunostomie contre-indiquée.
- Pas de cathéter veineux via veines jugulaires, sous-clavières, axillaires ou fémorales.
- Pas de cathéter central autre que cathéter long sous-cutané (Port-a-Cath), Broviac ou accès veineux sous-cutané (PICC line).
- Pas de perfusion héparine I.V.
- Pas de transfusion.
- Pas de bloc épidural.

Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ Respect des critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention et capacité de poursuivre la réadaptation sur une base externe.
Information/documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	■ CHR Villa Médica
Information/documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie le cas échéant) et les paramètres respiratoires. ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert : – feuille sommaire d'hospitalisation, – résumé de dossier, – « dossier médical spécifique – Centre des grands brûlés de Montréal » p. 1 à 4 (document maison).

Classification des brûlures

CLASSES DE BRÛLURES	ATTEINTE
4^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

2. Système musculo-squelettique

2.6 Amputations

Définition	■ Personne dont la mobilité et la préhension sont réduites conséquemment à une amputation d'origine traumatique, non traumatique ou conséquemment à une malformation congénitale telle : – artériosclérose oblitérante ; – embolie artérielle ; – gangrène ; – tumeur ; – ulcère chronique. ■ Les personnes ayant subi une réimplantation ainsi que celles ayant subi une hémipelvectomie avec ou sans amputation font aussi partie de cette clientèle.
Critères d'admission spécifiques	■ Respect de tous les critères d'admission généraux. ■ Critère d'exclusion : clientèle avec amputations limitées aux extrémités – doigts, orteils. Cette clientèle sera référée aux CSSS dans le programme musculo-squelettique.
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Information/ documents requis lors de la demande d'admission	■ DSIE document principal intégré. ■ 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.).
Établissements receveurs	Via guichet unique amputés-BOG ■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CHR Villa Medica
Information/ documents requis lors de l'admission	■ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission. ■ Protocole chirurgical et les contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, l'appareillage, le plan de mise en charge et limitation de mouvements). ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

3. Atteintes multisystémiques

3.1 Soins subaigus (déconditionnement et syndrome d'immobilisation¹)

Définition	■ Personne déconditionnée et ayant une perte d'autonomie à la suite d'un épisode de soins récent en milieu hospitalier, avec des diagnostics variables non admissibles aux autres programmes de réadaptation établis. Cette personne présente une ou plusieurs comorbidités, une diminution de la capacité fonctionnelle due à une réduction de la mobilité et de l'endurance. Elle ne requiert plus de soins aigus mais nécessite une surveillance et des interventions cliniques dans un milieu de soins subaigus.		
Critères d'admission spécifiques	■ Clientèle ayant besoin de soins médicaux et infirmiers ainsi que des services de réadaptation. ■ Capacité de réadaptation : fréquence minimale de trois séances de réadaptation par semaine. ■ Durée moyenne de séjour (DMS) prévue entre deux et huit semaines. ■ Les critères d'exclusion suivants s'appliquent : la clientèle ayant subi une chirurgie élective, nécessitant des soins palliatifs, en attente d'hébergement, admissible au programme d'hébergement temporaire en CHSLD, ou admissible aux services de ressources non institutionnelles (ex. : unité transitoire de récupération fonctionnelle, etc.). ■ La clientèle avec atteintes cardiaque, pulmonaire ou oncologique ne fait pas partie de cette clientèle en raison des besoins de réadaptation spécialisée requis.		
Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne	■ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.		
Information/ documents requis lors de la prise de décision	■ DSIE document principal intégré. ■ Rapport du professionnel de réadaptation sur le potentiel de retour dans le milieu de vie après la réadaptation. ■ Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).		
Établissements receveurs	■ CSSS-URFI ■ CHR Catherine Booth ■ CHR Marie-Clarac	■ CHR Villa Medica ■ CESSS Cavendish – CHR Richardson ■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Information/ documents requis lors de l'admission	■ Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission. ■ Information mise à jour 24 heures avant le transfert.		

1. N.B. Le MSSS a remplacé la désignation de soins subaigus par celle de déconditionnement et syndrome d'immobilisation dans sa documentation en 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux, comité des normes en déficience physique. *Méthode de répartition des coûts des unités de réadaptation fonctionnelle intensive*, avril 2008.

4. Réadaptation gériatrique

Définition

- Un ensemble de services visant la personne âgée présentant une pluripathologie, des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, ainsi qu'une **fragilité** avec des incapacités **dans plus d'un domaine** (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychologique, relationnel, etc.). La personne nécessite **une évaluation systématique** des éléments de **vulnérabilité** et de **complexité**. Elle **a un potentiel de réadaptation mais ne cadre pas dans une approche traditionnelle de réadaptation intensive**: une individualisation de l'intensité des thérapies au niveau de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et est essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, elle prend plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, c'est une personne dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé, et ce, de façon importante. Elle requiert une approche spécialisée en réadaptation gériatrique.

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Clientèle visée majoritairement âgée de 75 ans et plus, présentant les caractéristiques ci-dessous :
 - La clientèle avec déficits sensoriels (visuels, auditifs) importants, non compensés par des aides techniques doit être orientée en réadaptation gériatrique.
 - La présence de 2 ou plus de ces critères chez une personne âgée détermine le besoin d'une approche spécialisée en réadaptation gériatrique :
 - plusieurs comorbidités nécessitant un suivi actif ou facilement instables et traitées avec une polymédication ;
 - hospitalisation au cours de l'année ou durée prolongée (> 21 jours) de la présente période d'hospitalisation ;
 - deux chutes ou plus dans les 3 à 6 derniers mois ;
 - déficits cognitifs, interférant avec la réalisation des habitudes de vie et nécessitant une supervision étroite, dont les troubles des fonctions exécutives : troubles d'activation (difficulté à initier une activité), manque d'autocritique (difficulté à évaluer l'impact de ses actions), difficultés d'apprentissage (difficulté à capter et à garder en mémoire les nouvelles informations), etc. ;
 - dysphagie nécessitant l'implication d'une équipe spécialisée.
 - Critère d'exclusion : la clientèle avec un TCC, un TVA, une lésion médullaire traumatique, victime de brûlures graves ou amputée avec un besoin d'appareillage.

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

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

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

- DSIE document principal intégré.
- Rapport du professionnel de réadaptation sur le potentiel de retour dans le milieu de vie après la réadaptation.
- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).

**Établissements
receveurs**

- Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- CSSS Cavendish – CHR Richardson

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

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

8 Glossaire

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

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

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

■ **Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ)**

Le CEBMOQ a été désigné par le MSSS (1997) pour recevoir en aigu la clientèle ayant une lésion médullaire traumatique. Ce centre d'expertise comprend l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Le Centre d'expertise a reçu le mandat de traiter toute la clientèle de l'Ouest du Québec ayant une lésion traumatique, et ce, dès que survient le traumatisme. En ce sens, la réadaptation débute à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le Centre d'expertise a également reçu le mandat de traiter toute la clientèle du Québec ayant une

tétraplégie ventilo-assistée d'origine traumatique. Pour cette clientèle spécifique se joint, au CEBMOQ, le Programme national de ventilation à domicile (PNAVD) dont le fiduciaire est le Centre universitaire de santé McGill. L'énoncé de critères d'admission pour les lésions médullaires traumatiques TVA dans ce document n'annule pas le principe reconnu par le MSSS que cette clientèle doit être concentrée dans un seul centre aigu expert et ce, dès l'accident.

Préalablement à l'admission, la clientèle TVA aura eu une période d'évaluation de sa capacité de sevrage et une transition de son mode de ventilation type « soins intensifs » vers un mode de ventilation long terme compatible avec la vie hors centre de soins aigus. Cette transition doit se faire dans un centre tertiaire désigné, partageant l'approche et la philosophie de réadaptation avec le CEBMOQ en raison des besoins spécifiques de cette clientèle. Ce centre doit également fournir un soutien posttransfert au CEBMOQ advenant une complication médicale nécessitant l'accès à des services non disponibles chez lui. Le délai d'accès doit être adéquat selon l'urgence du besoin. Ce soutien inclut une réadmission à ce centre désigné selon les complications.

La clientèle TVA doit être transférée directement dans leur milieu de vie au moment du congé de la réadaptation, étant donné la complexité de la planification du congé en termes d'enseignement, d'équipement et de soutien postcongé. Ceci nécessite un engagement du CSSS d'appartenance. De plus, le centre tertiaire unique ne peut être l'hôpital référent pour un retour post réadaptation car, compte tenu des délais actuels, il serait rapidement non fonctionnel.

■ **Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves (CEPVBG)**

Le CEPVBG de l'Ouest du Québec réunit le Centre hospitalier de l'université de Montréal et l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, auxquels est associé un organisme communautaire, Entraide Grand brûlé. Ce consortium, constitué en 2004 par le MSSS, dessert la population du sud-ouest du Québec comprenant, outre la région de Montréal, celles de Laval, de Lanaudière, des Laurentides, de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Montérégie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie-Centre du Québec et du Nord du Québec (ouest).

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

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

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

■ **Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave**

Le Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave de l'Ouest du Québec dessert les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière, des Laurentides, de Laval et de Montréal. Il offre des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave et implique les établissements suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Centre universitaire de santé McGill : Hôpital général de Montréal,
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation Le Bouclier

- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Hôpital juif de réadaptation
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Le consortium de Montréal pour sa part se compose de :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Centre universitaire de santé McGill : Hôpital général de Montréal,
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

en collaboration avec l'Association québécoise des traumatisés crâniens

Désigné par le MSSS en février 2004, le Consortium offre une organisation de services reposant sur des liens de collaboration bien définis en fonction des étapes de soins et de services requis par la clientèle TCC modérée ou grave et tient compte des trois niveaux de services requis pour une offre optimale à la clientèle :

- les services de santé physique comprenant les soins aigus et la réadaptation précoce ;
- les services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne et à l'externe ;
- les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et les services de soutien à l'intégration.

Un des buts du Consortium vise la concertation des membres sur le partage de l'offre de services en fonction de la mission de chacun des établissements de façon à ce que la clientèle soit bien orientée à toutes les étapes de son suivie. C'est ainsi qu'un cheminement détaillé de la clientèle dans le Consortium a été développé et défini en fonction de ses besoins spécifiques en lien avec les responsabilités de chaque établissement. De plus, des critères d'orientation harmonisés ont été définis à chacune des étapes d'intervention permettant de préciser le début et la fin de celle-ci. Également, le Consortium a établi que ce cheminement est bidirectionnel permettant ainsi à la clientèle, peu importe le moment et dans le respect des critères d'orientation et des modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Enfin, le Consortium s'est doté de mécanismes de liaison et de communication, d'une structure organisationnelle ainsi que de modalités dans le partage des connaissances afin que la clientèle TCC modéré ou grave entre dans le Consortium et y reçoive les meilleurs services possibles reliés à sa condition tout au long de son cheminement.

■ **Déconditionnement et syndrome d'immobilisation**

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

■ **Déficiences**

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

■ **Détérioration aiguë**

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

■ **Endurance physique**

Aptitude à supporter un effort physique global prolongé.

■ **Habitudes de vie**

Selon le PPH (Processus de production du handicap)

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

Les grandes catégories des habitudes de vie sont :

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

■ **Handicap**

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

■ **Incapacité**

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

■ **Réadaptation**

On entend par réadaptation une phase du continuum de services où les interventions dispensées visent à soutenir la personne dans son apprentissage des habitudes de vie afin qu'elle puisse atteindre un niveau d'indépendance maximal.

■ **Réadaptation fonctionnelle intensive**

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

■ Réadaptation fonctionnelle et sociale

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

■ Services de réadaptation

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

■ Syndrome douloureux sévère

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

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



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

