

**PROGRAMME DE SOINS POSTAIGUS ET SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE
INTENSIVE POUR LA CLIENTÈLE MONTRÉLAISE**

CADRE DE RÉFÉRENCE

Novembre 2017

**Ce document est une réalisation conjointe des membres de
la Table de réadaptation fonctionnelle intensive de Montréal et
du sous-comité sur les soins postaigus de la Table SAPA de Montréal**

Montréal (Québec)
www.santemontreal.qc.ca

Membres des comités ayant participé à la rédaction de ce document

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Centre universitaire de santé McGill
Institut de cardiologie de Montréal
Ministère de la Santé et des Services sociaux

© Gouvernement du Québec, 2017
Tous droits réservés

ISBN-978-2-550-80477-2 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Table des matières

1. Introduction	4
2. Les objectifs poursuivis	5
3. Les principes	6
4. L'organisation des services montréalais	7
4.1 Les programmes	7
4.2 Le parc de lits de soins postaigus	8
4.3 Le parc de lits de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique pour la clientèle montréalaise.....	9
4.4 Le parc de lits de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique	9
5. Modalités d'accès aux lits de soins postaigus et de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle montréalaise	10
5.1 Cheminement des demandes de services	10
5.2 Rôle des référents	11
5.3 Rôle des guichets d'accès	12
5.4 Rôle des établissements (ou installations) receveurs	13
5.5 Changement dans la condition médicale de l'utilisateur	14
6. Critères généraux d'admissibilité	16
7. Critères d'admissibilité spécifiques	18
7.1 Aux lits de soins postaigus.....	18
7.2 Aux lits de réadaptation en santé physique	18
7.3 Aux lits de réadaptation gériatrique en santé physique	19
7.4 Aux lits de réadaptation en déficience physique	20
8. Critères de fin d'intervention.....	21
9. Gestion des communications interétablissements.....	22
Annexe 1 : Extrait du Guide de l'utilisateur et lexiques des variables, relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH) J74 V.3	
Annexe 2 : Nombre de lits de soins postaigus par territoire de CIUSSS planifiés au 7 mars 2016	
Annexe 3 : Localisation des lits de soins postaigus au 7 mars 2016	
Annexe 4 : Lits de réadaptation en santé physique incluant la réadaptation gériatrique pour la clientèle montréalaise	
Annexe 5 : Lits de réadaptation intensive en santé physique et déficience physique dans les établissements montréalais dédiés à une clientèle d'autres régions administratives	
Annexe 6 : Lits de réadaptation intensive en déficience physique pour la clientèle montréalaise	
Annexe 7 : Modalités relatives à la complétion des DSIE	
Annexe 8 : Enveloppe de départ CHSGS	
Annexe 9 : Procédure de demande de lits de soins postaigus surnuméraires	
Annexe 10 : Programme de réadaptation gériatrique	

1. INTRODUCTION

En 2015-2016, dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, l'Équipe de soutien à la transformation de Montréal et Montérégie (ÉSTMM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a amorcé des travaux visant la révision du Cadre de référence sur les services posthospitaliers de réadaptation fonctionnelle intensive en interne et de soins subaigus pour la région de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010) en collaboration avec les membres d'un comité de travail. Ces travaux s'inscrivaient en continuité avec des enjeux d'accessibilité et de continuité des services tels qu'identifiés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en février 2015.

En parallèle, à l'automne 2015, la table des présidents-directeurs généraux adjoints des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) montréalais adoptait le *Plan d'action montréalais pour la gestion des usagers en niveau de soins alternatifs* (NSA). Principalement, le plan proposait un nouveau modèle de soins et de services posthospitaliers à Montréal et a mené à une réorganisation de l'offre de services en soins postaigus et en réadaptation en santé physique. Les mesures identifiées dans le cadre de ce plan concernant les soins postaigus ont été implantées à compter du 7 mars 2016.

Ce document présente ce nouveau modèle d'organisation des services sur le territoire montréalais pour les lits de soins postaigus ainsi que l'organisation des services internes de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique.¹ Il a été réalisé par la Table de réadaptation fonctionnelle intensive et le sous-comité sur les soins postaigus de la Table SAPA, en collaboration avec l'ÉSTMM du MSSS, qui a poursuivi les travaux amorcés en 2015-2016.

Ce cadre de référence doit être vu dans un contexte évolutif. En effet, cette version du cadre de référence reste à compléter. Il ne présente pas, pour le moment, les éléments qui concernent spécifiquement les services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique et ne traite pas des services ambulatoires.

Au cours de la prochaine année, les travaux se poursuivront donc au niveau des services ambulatoires de réadaptation et des services de réadaptation en déficience physique. Entre autres, des travaux visant l'actualisation du plan de mise en œuvre 2016-2018 concernant le continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)² seront menés. Ce plan implique l'implantation d'une trajectoire optimale de services de réadaptation post-AVC. Les résultats de ces travaux viendront compléter ce cadre de référence. Entre-temps, le contenu du cadre de référence rédigé en 2010 continue de s'appliquer pour les sections non couvertes ici.

Il importe finalement de souligner que cette version du cadre de référence tient compte de la décentralisation de la gestion de l'accès aux lits de réadaptation en santé physique dans les cinq CIUSSS montréalais qui a été réalisée en octobre 2017 ainsi que des modifications apportées à l'offre de services de réadaptation dans le cadre de la réalisation du plan NSA montréalais en 2017-2018.

¹ Les services de réadaptation dont il est question dans ce cadre de référence ne concernent que la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Toutefois, pour simplifier la lecture, le terme « réadaptation » sera utilisé plutôt que « réadaptation fonctionnelle intensive », bien que l'offre de services de réadaptation en déficience physique ne se limite pas à la réadaptation fonctionnelle intensive et inclue la réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS).

² Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Plan de mise en œuvre. Phase 2016-2018., version en cours de révision linguistique, Cellule ministérielle AVC, DGSS et DGSSMU, MSSS, 23 juin 2016.

2. LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Par cette révision de l'organisation des soins postaigus et des services de réadaptation, les résultats suivants sont attendus :

- Le rôle des CIUSSS en lien avec leur responsabilité populationnelle sera consolidé;
- L'accès aux services de récupération/réadaptation fonctionnelle sera amélioré;
- La transmission des informations cliniques des centres hospitaliers vers les structures d'accès aux lits sera standardisée pour fin d'efficience dans le respect des règles établies pour la complétion des DSIE;
- Les modalités d'accès aux services seront simplifiées et uniformisées, notamment en décloisonnant les programmes existants en matière de soins postaigus;
- Les soins postaigus et les services de réadaptation seront accessibles le plus près possible du lieu de résidence des usagers;
- Le maintien et le développement de l'expertise requise au niveau des services spécialisés et surspécialisés seront assurés par la concentration des services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique dans un nombre limité d'établissements;
- L'intensité des services sera adaptée aux besoins des usagers;
- Les durées de séjours, tant en centre hospitalier qu'en soins postaigus et réadaptation, seront optimisées;
- Le nombre d'usagers en NSA (niveau de soins alternatifs) en centre hospitalier sera diminué;
- Les transferts interétablissements seront évités ou limités en favorisant des trajectoires de services optimales;
- Les orientations prématurées et inappropriées en hébergement seront évitées en favorisant l'accès aux services de récupération et de réadaptation fonctionnelle dans les délais requis par la condition des usagers;
- Les trajectoires de soins et services seront optimisées.

3. LES PRINCIPES

Le cadre de référence repose sur certains principes directeurs, lesquels se déclinent en actions concrètes sur le terrain, par les acteurs qui agissent de près ou de loin auprès de la clientèle ciblée :

- La récupération/réadaptation faite prioritairement à domicile ou sur un mode ambulatoire, lorsque possible, selon les critères cliniques de qualification ou d'accessibilité à ces services;
- Le décloisonnement des programmes et la modulation des services en fonction des besoins de l'utilisateur;
- L'équité dans l'accès et l'intensité des services offerts aux usagers;
- Aucun critère d'exclusion pour l'accès aux lits en vertu de la responsabilité populationnelle des CIUSSS (refus 0 dans le respect des critères d'admissibilité – voir page 15)³;
- Le travail en partenariat et en interdisciplinarité avec des plans d'intervention (PI), plans de services individualisés (PSI) et des outils cliniques probants et communs;
- L'application de l'approche adaptée à la personne âgée tout au long de la trajectoire, le cas échéant;
- Le maintien et renforcement de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur visant prioritairement son retour à domicile et sa participation sociale;
- La planification précoce et conjointe du congé dans tous les milieux de soins.

³ Certains éléments restent à consolider concernant l'accès aux équipements requis.

4. L'ORGANISATION DES SERVICES MONTRÉLAIS

4.1 Les programmes

Le tableau suivant présente l'organisation des soins postaigus et des services de réadaptation fonctionnelle intensive à Montréal.

Tableau 1 : Organisation montréalaise des soins postaigus et services de réadaptation fonctionnelle intensive

Nomenclature des « programmes » montréalais ⁴		Intensité des services de réadaptation	Mandat			Variables du RQSUCH
			CIUSSS	Régional	Supra-régional	
Soins postaigus		0-4 fois/semaine	✓			10 b et 10c
Réadaptation en santé physique	Santé physique	5 fois/semaine et plus	✓			10a
	Réadaptation gériatrique		✓			
Réadaptation en déficience physique	AVC et autres atteintes neurologiques			✓		
	Réadaptation gériatrique AVC et autres atteintes neurologiques			✓		
	Lésions médullaires				✓	
	TCC			✓		
	Amputations			✓		
	Blessures orthopédiques graves (BOG)			✓		
	Brûlures graves				✓	

Il importe de souligner que la notion de « soins postaigus », telle que présentée ici et utilisée dans le modèle montréalais, diffère de celle définie dans le cadre du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH). En effet, en se référant aux variables du RQSUCH, la notion de « soins postaigus » (variable 10) englobe la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers nécessitant une période de récupération de leur autonomie fonctionnelle, et ce, peu importe l'intensité des services requis. Dans le modèle montréalais, la notion de « soins postaigus » réfère plutôt aux variables 10b et 10c du RQSUCH, soit aux services de réadaptation d'intensité modérée et progressive (variable 10b) et à la convalescence (variable 10c). Une description de la variable 10 du RQSUCH (soins postaigus) est présentée en annexe 1.

⁴ Les critères d'admissibilité à ces différents programmes sont présentés plus loin.

4.2 Le parc de lits de soins postaigus

Le tableau en annexe 2 présente le parc de lits de soins postaigus de la région de Montréal, tel qu'il a été planifié le 7 mars 2016 (sauf pour des modifications effectuées dans le cadre du plan NSA montréalais au niveau de la localisation des lits de soins postaigus du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui apparaissent dans le tableau).

Ces lits sont issus du décloisonnement de différents programmes, soit le programme d'hébergement temporaire (urgence sociale, répit, convalescence), les lits en unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF), les lits de soins subaigus en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)/centre hospitalier de réadaptation (CHR), ainsi que de la transformation des lits du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE). Les lits ainsi regroupés en un seul programme pour les usagers nécessitant des interventions en récupération/réadaptation à raison de 0-4 fois/semaine assurent une plus grande flexibilité dans l'offre de services. L'objectif poursuivi est de moduler l'offre de services de réadaptation en fonction de la clientèle orientée dans ces ressources, plutôt que de disposer de plusieurs programmes, chacun avec des critères d'admissibilité différents.

Le nombre de lits par territoire de CIUSSS a été établi sur la base des ressources disponibles pour la région de Montréal qui ont été réparties entre les CIUSSS en fonction du nombre de personnes de plus de 65 ans vivant seules sur chaque territoire de CIUSSS.

Les lits de soins postaigus ne sont pas tous regroupés physiquement et se retrouvent dans différents types d'installations, soit des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), des CHR, des URFI, des ressources intermédiaires (RI) ou des résidences pour personnes âgées (RPA). Les CIUSSS profiteront des opportunités qui se présenteront pour concentrer ces lits dans un nombre optimal d'installations. Également, le déploiement de l'offre de service attendue s'effectue de façon graduelle. Dans certains cas, il est possible que les lits planifiés n'aient pas été tous déployés. L'annexe 3 présente la localisation et le nombre de lits par CIUSSS planifiés en mai 2017.

Il importe de souligner que certains des cinq CIUSSS ne disposent pas, dans leurs installations et sur leur territoire, du nombre de lits de soins postaigus requis. Dans ce contexte, pour pallier le déficit de lits de ces CIUSSS, des lits d'autres CIUSSS et de CHR privés conventionnés ont été dédiés à la clientèle des CIUSSS en déficit de lits, confirmés par des ententes de services entre ces établissements.

Lits surnuméraires :

Des lits surnuméraires, localisés dans les CHR Villa Medica et Marie-Clarac, sont utilisés comme lits « tampons » au plan régional et sont disponibles pour les CIUSSS qui présentent des besoins qui excèdent leur capacité de réponse. Ces lits surnuméraires peuvent aussi être utilisés pour accueillir des usagers en besoins de réadaptation intensive en santé physique. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec les autres CIUSSS montréalais, est responsable d'identifier l'utilisation à préconiser pour ces lits surnuméraires, à savoir pour des soins postaigus ou de la réadaptation intensive en santé physique, selon les délais d'accès observés pour ces deux types de services. Il est aussi responsable de gérer l'accès aux lits (voir page 13).

L'urgence sociale et le répit :

Il importe ici de souligner que l'urgence sociale, notamment à partir du domicile, et le répit ne constituent pas, en soi, des soins postaigus. Cependant, la réponse à ces besoins s'effectue à l'intérieur du parc de lits postaigus pour des raisons d'efficacité. Ainsi, les centres hospitaliers qui souhaiteraient faire une demande de lit pour une situation d'urgence sociale utilisent les modalités décrites pour faire une demande de lits de soins postaigus. Les modalités à utiliser par les équipes de soutien à domicile des CIUSSS pour les demandes de lits de répit et d'urgence sociale sont définies plus loin.

4.3 Le parc de lits de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique pour la clientèle montréalaise

Le parc de lits de réadaptation en santé physique est présenté en annexe 4. Ces lits accueillent des usagers nécessitant des services de réadaptation intensive (cinq fois/semaine et plus). Les lits dits de réadaptation gériatrique en santé physique feront l'objet d'une description dans la section présentant les critères d'admissibilité aux lits de soins postaigus et de réadaptation.

Le nombre de lits par territoire de CIUSSS a été établi sur la base des ressources disponibles pour la région de Montréal qui ont été réparties entre les CIUSSS en fonction du nombre de demandes d'admission en réadaptation santé physique effectuées en 2016-2017, alors que l'accès aux lits était géré régionalement.

Soulignons qu'un CIUSSS, soit le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, ne dispose d'aucun lit de réadaptation intensive dans ses installations. Par ailleurs, aucun des cinq CIUSSS ne dispose de l'ensemble de ses lits de réadaptation intensive en santé physique dans ses installations. Pour chaque CIUSSS, une certaine proportion des lits se retrouve en effet dans une ou des installations d'autres CIUSSS ou d'établissements privés conventionnés.

Également, des lits surnuméraires de réadaptation intensive en santé physique sont disponibles à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM), installation du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces lits s'ajoutent aux lits surnuméraires mentionnés précédemment disponibles pour des soins postaigus ou de la réadaptation intensive en santé physique à l'Hôpital Marie-Clarac et à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica. L'accès à ces deux lits est aussi sous la responsabilité du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Il est à noter que certains des établissements montréalais disposent également de lits destinés à la clientèle d'autres régions (Annexe 5 – lits de réadaptation en santé physique et déficience physique dédiés à la clientèle d'autres régions administratives). Mentionnons également que les usagers de confession juive peuvent être orientés à l'Hôpital juif de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (Hôpital juif de réadaptation de Laval).

4.4 Le parc de lits de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique

Ces lits se retrouvent dans un nombre limité d'établissements (annexe 6 – Lits de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique pour la clientèle montréalaise) de façon à créer des masses critiques de clientèle pour favoriser le maintien d'une expertise. Comme mentionné en introduction, les travaux portant sur les services de réadaptation en déficience physique restent à réaliser. Entre-temps, le contenu du cadre de référence rédigé en 2010 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal continue de s'appliquer pour les aspects non couverts ici.

Comme il est le cas pour les lits de réadaptation en santé physique, certains de ces établissements, outre pour les mandats suprarégionaux, disposent également de lits destinés à la clientèle d'autres régions (Annexe 5 – lits de réadaptation en santé physique et déficience physique dédiés à la clientèle d'autres régions administratives). Également, les usagers de confession juive peuvent être orientés à l'Hôpital juif de réadaptation de Laval pour les programmes en déficience physique dont cette installation dispose.

5. MODALITÉS D'ACCÈS AUX LITS DE SOINS POSTAIGUS ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE POUR LA CLIENTÈLE MONTRÉLAISE

L'accès aux lits de soins post-aigus et de réadaptation fonctionnelle intensive est structuré de la façon suivante :

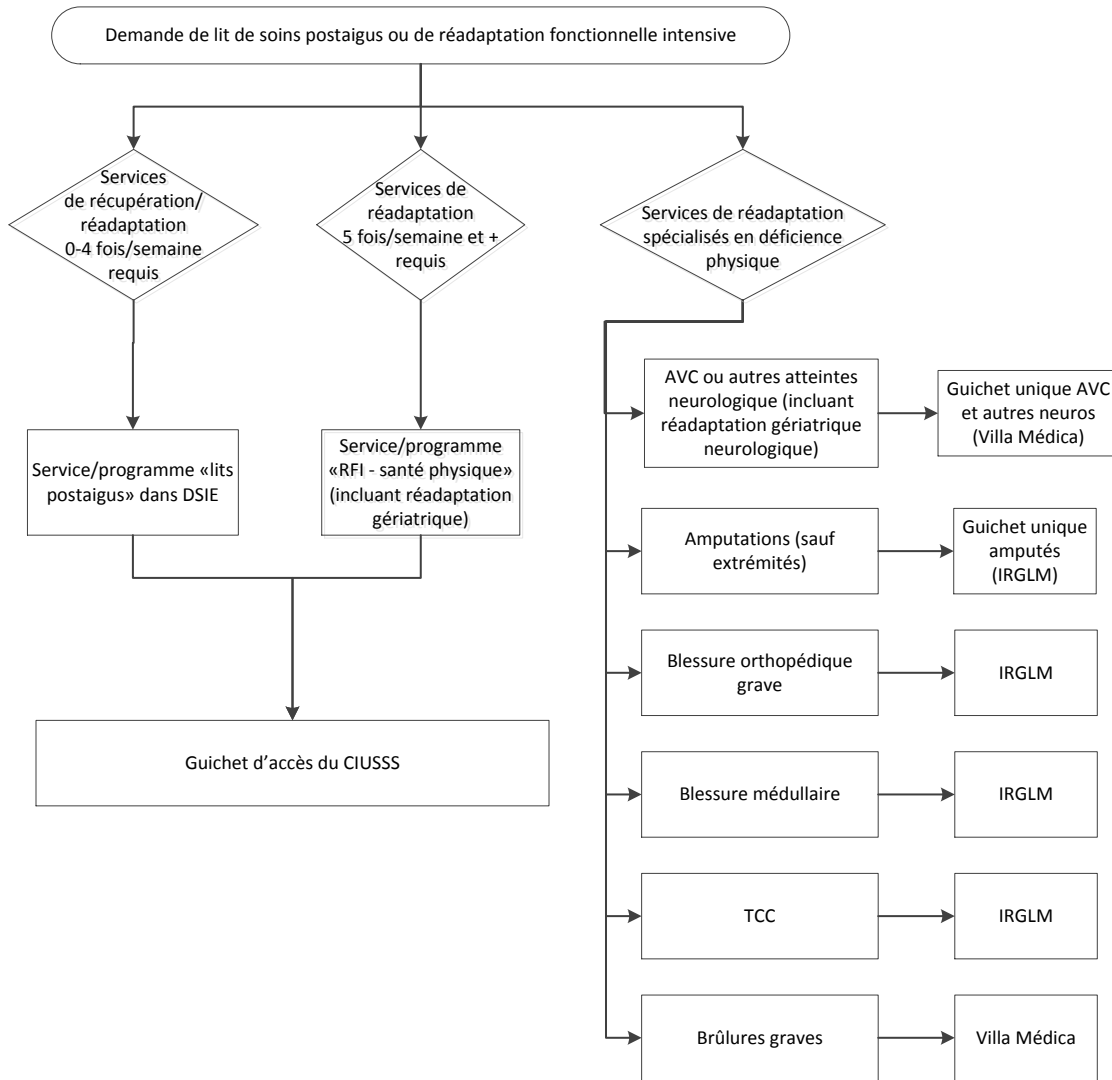
- Une seule porte d'entrée, un guichet unique par CIUSSS, pour les soins post-aigus et les lits de réadaptation intensive en santé physique;
- Un guichet régional d'accès pour chaque programme de réadaptation intensive en déficience physique.

5.1 Cheminement des demandes de services

Le schéma de la page suivante présente le cheminement des demandes d'admissions en lits de soins post-aigus ou de réadaptation pour la clientèle montréalaise et le service/programme à utiliser dans l'application « Demande de service interétablissements » (DSIE) pour la transmission des demandes de services.

- Toutes les demandes de services doivent être effectuées par le biais de l'application DSIE (sauf les demandes de lits de soins post-aigus à partir du domicile, dont pour le pour répit et l'urgence sociale, tel que précisé plus loin).
- Les demandes de lits de **soins post-aigus**, pour des usagers nécessitant une période de convalescence/récupération avec une offre de services de réadaptation de 0-4 fois/semaine, et les demandes de lits de réadaptation intensive (cinq fois/semaine et plus) **en santé physique** sont adressées aux guichets d'accès des CIUSSS. Toutefois :
 - ✓ En ce qui a trait spécifiquement aux demandes de lits de soins post-aigus **à partir du domicile**, notamment pour **répit ou urgence sociale**, il appartient à chaque CIUSSS de déterminer à l'intérieur de leur CIUSSS, les modalités et les outils à utiliser pour adresser ce type de demande.
- Les demandes de lits de réadaptation **en déficience physique** sont transmises au guichet régional d'accès ou aux établissements concernés :
 - ✓ Les demandes concernant la clientèle AVC et autres atteintes neurologiques ainsi que la clientèle amputée et avec une blessure orthopédique grave (BOG) doivent être orientées vers les guichets d'accès prévus pour ces clientèles.
 - ✓ Les clientèles du consortium intrarégional pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave et du centres d'expertise de l'Ouest du Québec pour les blessés médullaires et les brûlures graves doivent être orientées directement vers les établissements désignés selon les ententes en vigueur.
- Toute demande de services (DSIE) ne doit être transmise qu'à un seul guichet d'accès à la fois.

Schéma 1 : Cheminement des demandes de services



5.2 Rôle des référents

Le rôle des référents (milieux hospitaliers) consiste à identifier les besoins des usagers ainsi que les objectifs de récupération visés. Il est en effet essentiel de préciser, dans la demande (DSIE), les besoins spécifiques de l'utilisateur et les objectifs visés afin que le guichet soit en mesure d'orienter l'utilisateur vers la ressource pouvant répondre à ses besoins de convalescence, de récupération, de réadaptation ou d'hébergement temporaire. Les besoins identifiés par le référent doivent viser l'atteinte d'objectifs fonctionnels en vue de la réintégration de l'utilisateur dans son milieu de vie antérieur.

- Comme mentionné ci-haut, les demandes de services doivent être transmises par l'application DSIE. Des modalités ont par ailleurs été convenues pour harmoniser la complétion des DSIE lors des travaux entourant la réorganisation des soins postaigus (annexe 7 — Modalités relatives à la complétion des DSIE).

- Les demandes d'admission ne doivent être transmises au guichet (du CIUSSS ou régional) **que lorsque l'usager est prêt** à être transféré dans un lit de soins postaigus ou de réadaptation intensive.
- Chaque usager pour lequel une demande d'admission dans un lit de réadaptation est effectuée doit être inscrit dans l'outil Web réadaptation.⁵ **Les demandes concernant des usagers qui n'apparaissent pas dans l'outil Web réadaptation ne seront pas traitées par les guichets** et seront identifiées comme « indéterminées » dans l'application DSIE en inscrivant le motif.

5.3 Rôle des guichets d'accès

Le rôle des guichets d'accès est d'identifier l'orientation à privilégier en fonction des besoins/objectifs de l'usager. Comme mentionné précédemment, les guichets des CIUSSS traitent les demandes d'admissions en lits de soins postaigus et les demandes d'admissions en lits de réadaptation en santé physique.

Heures d'ouverture des guichets des CIUSSS

En semaine	de 8 heures à 20 heures
Fins de semaine et jours fériés	de 8 heures à 16 heures

Les guichets d'accès :

- Procèdent à l'évaluation de la demande :
 - ✓ S'assurent que le retour à domicile de l'usager avec des services à domicile et/ou en recevant ses services de réadaptation sur une base ambulatoire n'est pas possible;
 - ✓ S'assurent que la demande respecte les critères généraux et spécifiques d'admissibilité aux lits;
 Les demandes jugées incomplètes seront placées en mode « indéterminé » dans l'application DSIE en inscrivant le motif;
- À moins de consignes régionales particulières, traitent les demandes par ordre de réception pour assurer une équité entre les usagers et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et répondent au référent, par DSIE, **à l'intérieur d'un délai de 24 heures suivant la réception de la demande;**
- Orientent les usagers vers un lit de soins postaigus ou de réadaptation en santé physique pour le territoire du CIUSSS⁶ ou vers un lit de réadaptation spécialisée en déficience physique de la région, selon le cas, le plus près possible de leur lieu de résidence en tenant compte des besoins des usagers et de la disponibilité des ressources;

⁵ Cette exigence ne s'applique pas aux demandes d'admission dans un lit de soins postaigus.

⁶ Ce lit pourrait se trouver sur un autre territoire de CIUSSS que celui où réside l'usager conformément à la répartition des lits entre les CIUSSS.

L'orientation des usagers vers l'établissement ou l'installation la mieux appropriée se fait en fonction, dans l'ordre :

1. des besoins de l'utilisateur;
2. de la disponibilité des lits;
3. des préférences de l'utilisateur;

Il importe de souligner que le référent ne peut et ne doit pas s'avancer auprès de l'utilisateur quant au lieu ou au site vers lequel il sera orienté. De plus, le référent ne peut demander une réorientation de l'utilisateur vers une autre installation ou un établissement pour tenir compte de la préférence de l'utilisateur;

Si un usager refuse d'être orienté vers un lit de soins post-aigus ou de réadaptation comme le recommande le centre hospitalier, celui-ci est orienté sans délai dans son milieu de vie antérieur ou en milieu de vie substitut, selon le cas, en tenant compte de l'encadrement législatif et réglementaire qui prévaut en ces circonstances;

- Informent le référent, dans l'application DSIE, du lieu (site, installation, établissement) où sera transféré l'utilisateur, si possible et sous réserve de la disponibilité des ressources;

Pour les demandes d'admission en réadaptation intensive, le guichet inscrit également la date et le lieu de l'orientation dans l'outil Web réadaptation;

- Au besoin, réorientent la demande vers un autre site, installation ou établissement, afin de minimiser les délais d'accès aux services et en informent le référent, dans l'application DSIE, par un suivi de l'intervention. Pour les demandes concernant un lit de réadaptation intensive, la réorientation doit aussi être indiquée dans l'outil Web réadaptation en modifiant l'établissement vers lequel l'utilisateur est orienté;
- Afin de ne pas retarder le transfert de l'utilisateur, si requis, s'assurent qu'il y aura mise en place des :
 - ✓ Soins et services particuliers requis (ex. : VAC, antibiothérapie);⁷
 - ✓ Équipements requis.

5.4 Rôle des établissements (ou installations) receveurs

- Aucune demande d'information complémentaire ne doit être effectuée par l'établissement receveur auprès de l'établissement référent puisque toute l'information nécessaire devrait avoir été recueillie au niveau du guichet d'accès. Chaque demande ne doit être analysée qu'une seule fois;
- Pour les demandes de réadaptation intensive, en plus de l'acceptation dans DSIE par le guichet régional, les établissements/installations vers lesquels les usagers sont orientés doivent accepter la demande dans l'outil Web réadaptation et inscrire la date d'acceptation de la demande dans l'outil **à l'intérieur d'un délai de 24 heures suivant la transmission de celle-ci par le guichet régional;**

⁷ S'assurer de confirmer la date et l'installation où doit être livré l'équipement auprès du Service régional d'équipement et de fournitures.

- L'admission de l'utilisateur dans un lit de soins post-aigus ou de réadaptation devrait se réaliser **à l'intérieur d'un délai de quatre jours suivant la réception de la demande par le guichet, et ce, 7 jours sur 7**. Les informations à transmettre dans l'enveloppe de départ sont présentées en annexe 8;
- Pour les demandes de lits de soins post-aigus ou de réadaptation intensive en santé physique, dans le cas où, compte tenu de l'occupation des lits, ce délai de quatre jours ne peut être respecté, le guichet CIUSSS fait une demande d'accès à un lit de soins post-aigus surnuméraire. L'accès à ces lits est géré par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Annexe 9- Procédure d'accès aux lits surnuméraires de soins post-aigus);
- Les admissions en lit de réadaptation intensive doivent être confirmées par l'installation de réadaptation en inscrivant la date d'admission de l'utilisateur dans l'outil Web réadaptation;
- Pour optimiser l'orientation des demandes d'admission dans un lit de réadaptation intensive, les guichets de chaque CIUSSS s'informeront tous les matins avant 9 heures des lits disponibles dans le parc de lits en réadaptation sous leur juridiction afin de permettre la réorientation des usagers. Cette information est fournie aux guichets CIUSSS par le biais du formulaire prévu à cet effet sous la responsabilité du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- Avant ou après une période de réadaptation fonctionnelle intensive, certains usagers pourraient avoir besoin d'une période de récupération fonctionnelle pendant laquelle les interventions requises se situent en deçà de cinq fois/semaine (de zéro à quatre fois/semaine). Dans le respect des critères d'admissibilité à ces deux types de programme, ces usagers peuvent être transférés d'un lit de soins post-aigus vers un lit de réadaptation en santé physique **dans la mesure où ces deux types de lits se trouvent dans la même installation** et que cette approche ne génère pas un transfert interinstallations pour l'utilisateur. Il serait donc préférable d'orienter ces usagers vers une installation disposant des deux types de lits, cela afin de faire une utilisation optimale des services requis.

5.5 *Changement dans la condition médicale de l'utilisateur*

- Lorsque l'état d'un usager en liste d'attente pour un lit de soins post-aigus ou un lit de réadaptation intensive se déstabilise, le centre hospitalier doit en informer sans délai le guichet concerné, et ce, en envoyant une page complémentaire dans l'application DSIE ou une mise à jour de la DSIE. Lorsqu'il s'agit d'un usager pour lequel une demande d'admission en réadaptation intensive a été effectuée, le référent doit inscrire la date de retour en soins actifs dans l'outil Web réadaptation;
- Lorsque l'utilisateur est à nouveau prêt à amorcer le processus de réadaptation, le référent doit transmettre une mise à jour de la DSIE. Pour les demandes d'admission en réadaptation intensive, une nouvelle date doit être inscrite par le référent dans l'outil Web réadaptation;
- Que ce soit pour un lit de soins post-aigus ou de réadaptation intensive, une demande concernant un usager dont l'état s'est déstabilisé peut être maintenue en attente **jusqu'à concurrence de 48 heures**. Si après ce délai, l'état de l'utilisateur ne permet pas son transfert vers un lit de soins post-aigus ou de réadaptation, **sa demande doit être retirée de la liste d'attente et fermée**. Dans ces situations, un avis de fin d'intervention est transmis par le guichet (du CIUSSS ou régional) à l'établissement référent par l'application DSIE;

- Lorsqu'un usager retourne en soins actifs au CHSGS alors qu'il séjourne dans un lit de soins postaigus ou de réadaptation, le lit est préservé ***pour une période maximale de 48 heures*** ou jusqu'à confirmation de son hospitalisation sur une unité de soins, et ce, selon l'analyse qui est faite de la situation.

6. CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ADMISSIBILITÉ

Sont ici précisés les critères d'admissibilité généraux qui s'appliquent à l'ensemble des lits de soins postaigus et de réadaptation.

Les usagers admissibles à un lit de soins postaigus ou de réadaptation :

- résident sur l'île de Montréal;⁸
 - sont âgés de 18 ans et plus;⁹
 - présentent des incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (aides à la vie domestique (AVD) et aides à la vie quotidienne (AVQ));
 - ne sont pas en mesure de retourner à domicile dans l'immédiat malgré la disponibilité de soins et services à domicile/sur une base ambulatoire
- ou
- sont à domicile, mais doivent être admis dans un lit de soins postaigus pour éviter une hospitalisation via l'urgence (sauf pour la clientèle ayant besoin d'un lit de répit);¹⁰
- présentent un potentiel de récupération/réadaptation sauf pour la clientèle nécessitant un répit, en situation d'urgence sociale ou en besoin d'évaluation;
 - consentent (ou leur représentant consent) aux soins et à la transmission de l'information clinique;
 - ont signé le formulaire d'engagement prévu;
 - présentent un état médical et psychique stabilisé (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :¹¹
- ✓ Diagnostic établi;
 - ✓ Signes vitaux stables et pas de risque de détérioration à court terme;
 - ✓ Toutes les conditions médicales ou comorbidités ont été prises en charge;
 - ✓ Investigations médicales terminées ou un plan de suivi est déterminé (rendez-vous fixés);
 - ✓ La personne présente le potentiel et est en mesure de collaborer pour suivre un programme de réadaptation (endurance, cognition).

L'ensemble des usagers répondant aux critères présentés ci-haut sont admissibles et ne peuvent être refusés en raison de conditions associées, comme :

- la présence de bactéries multirésistantes;¹²
- des soins particuliers ou des médicaments onéreux requis;
- une incapacité de mise en charge;¹³
- la présence de troubles cognitifs, de troubles mentaux, de troubles du comportement ou d'une autre déficience, dans la mesure où ceux-ci ne compromettent pas la capacité de l'utilisateur à s'engager dans son processus de récupération/réadaptation et à retenir les consignes;
- le besoin de transport pour soins médicaux;

⁸ Pour les usagers de l'extérieur de l'île de Montréal, ce sont les règles habituelles qui s'appliquent (rapatriement et appartenance) à l'exception des lits de réadaptation spécifiquement dédiés à la clientèle des régions 450.

⁹ 16 ans pour le programme de réadaptation pour brûlures graves.

¹⁰ Dans ce cas, il faut s'assurer que l'utilisateur ait un médecin de famille.

¹¹ Inspiré de :

Critères de qualité pour les soins postaigus dans le canton de Berne. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Berne (Avril 2008)

Programme de réadaptation gériatrique. Document présenté au comité de révision du cadre de référence en réadaptation fonctionnelle de Montréal. Montréal (Juin 2016)

Proposition d'une définition de la stabilité médicale suite à un AVC. IRGLM, CIUSSS CSMTL. Montréal (Juin 2016)

¹² Toutefois, la transmission de l'information concernant la présence de bactéries multirésistantes demeure une responsabilité du CHSGS référant.

¹³ L'utilisateur sera orienté vers la ressource la plus appropriée considérant l'impossibilité de mise en charge.

- l'absence de carte de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour un résident montréalais (la démarche pour l'obtention de la carte doit débiter cependant au CHSGS);
- une indemnisation par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) (la démarche pour ouverture d'un dossier avec la SAAQ -Numéro de dossier- doit avoir été amorcée dès l'admission en milieu hospitalier);
- un besoin de contention en autant que l'utilisateur soit médicalement stable (physique et psychique);
- une situation d'itinérance;
- un statut de réfugié réinstallé et demandeur d'asile admissible s'il peut avoir recours au programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Vérification nécessaire via Croix Bleue Medavie selon le tableau des avantages);
- un problème de dépendance;
- un besoin d'équipements adaptés à la condition de l'utilisateur (travaux en cours);
- présomption d'un besoin d'hébergement en fin d'épisode de soins post-accident.
- La clientèle à domicile est admissible aux lits de soins post-accident et de réadaptation fonctionnelle intensive dans la mesure où cette approche empêche le recours au milieu hospitalier.

Les seuls critères d'exclusion pouvant s'appliquer sont les suivants :

- l'utilisateur présente un besoin d'hébergement **sans** capacité de récupération/réadaptation;
- l'utilisateur a besoin de soins palliatifs avec un pronostic de moins de 90 jours.

7. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ SPÉCIFIQUES

Sont présentés maintenant les critères d'admissibilité spécifiques pour chaque type de lits.

7.1 Aux lits de soins postaigus

Les usagers admissibles à un lit de soins postaigus présentent des besoins de convalescence ou de récupération fonctionnelle **pour lesquels l'intensité des services de réadaptation modérée ou progressive requis n'excède pas quatre jours/semaine pour un même service.**

Les lits de soins postaigus peuvent aussi accueillir des usagers :

- pour lesquels un hébergement est envisagé **s'ils présentent un potentiel de récupération/réadaptation**, ceci afin de réduire les services requis en hébergement et de favoriser une orientation vers la ressource d'hébergement la plus légère possible (résidence privée, ressource de type familial (RTF) ou ressource intermédiaire (RI) versus CHSLD);
- dont l'orientation est incertaine (retour à domicile ou hébergement) et qui ont véritablement besoin d'être évalués plus à fond pour statuer sur leur orientation;
- en convalescence sans services de réadaptation;
- en situation d'urgence sociale;
- en besoin de répit.

Comme mentionné précédemment, l'urgence sociale et le répit ne constituent pas, en soi, des soins postaigus. Cependant, la réponse à ces besoins s'effectue à l'intérieur du parc de lits postaigus pour des raisons d'efficacité. Ainsi, les centres hospitaliers qui souhaiteraient faire une demande de lit pour une situation d'urgence sociale utilisent les modalités décrites pour faire une demande de lits de soins postaigus.¹⁴

7.2 Aux lits de réadaptation en santé physique

Les usagers admissibles à un lit de réadaptation en santé physique présentent des besoins de réadaptation fonctionnelle intensive à raison **d'un minimum de cinq jours/semaine d'intervention d'un même service.** La capacité physique et/ou cognitive ou la tolérance pour un usager à bénéficier d'un traitement de réadaptation est fixée à 60 minutes par jour, décomposable en tranche de deux à trois séances dans une même journée (exemple : trois fois 20 minutes/jour).

¹⁴ Les modalités à utiliser pour la clientèle à domicile sont à définir par chaque CIUSSS.

7.3 *Aux lits de réadaptation gériatrique en santé physique* (excluant la réadaptation gériatrique neurologique)¹⁵

Le programme s'adresse à la clientèle âgée et plus particulièrement aux personnes âgées fragiles. « Le qualificatif fragile s'adresse à une personne qui présente une sommation de symptômes et de pertes sur la base d'un risque de vulnérabilité, d'un équilibre précaire entre les demandes et les capacités à y répondre. »

L'utilisateur admissible au programme :

- présente les syndromes gériatriques (incontinence, troubles cognitifs, pluripathologies, problèmes de mobilité, chutes fréquentes, polypharmacie, dépression, dénutrition, problèmes visuels et auditifs, histoire de délirium);
- présente une fragilité préexistante, compliquée par la présence des syndromes gériatriques et ayant des besoins médicaux – soins infirmiers multiples et besoins en réadaptation;
- démontre un potentiel d'amélioration des facteurs modifiables des syndromes gériatriques;
- démontre un potentiel en réadaptation afin d'améliorer son niveau fonctionnel;
- a la capacité de suivre un programme de réadaptation cinq jours par semaine, avec individualisation de l'intensité des thérapies en termes de fréquence, de durée et de modalités.
- a une tolérance assise au fauteuil 30 minutes/deux fois par jour minimalement.

Pour les clients avec une trachéostomie, le sevrage de la trachéostomie peut être fait en réadaptation, toutefois, il est nécessaire d'avoir une condition pulmonaire stable. Soin trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures.¹⁶

Il est important de noter que l'âge du client n'est pas un critère d'admission au programme.

La clientèle admise au programme nécessite une prise en charge par une équipe dédiée et spécialisée travaillant en interdisciplinarité afin d'évaluer et traiter systématiquement les éléments de vulnérabilité et de complexité, ainsi que les besoins en réadaptation.

Particularité de l'approche de réadaptation gériatrique :

- Services offerts sur une base individualisée avec des séances de réadaptation de 20-30 minutes, mais sur une base plus fréquente durant la journée en incluant des périodes de repos;
- Surveillance étroite des comorbidités;
- Combinaison étroite d'objectifs qui visent à optimiser la santé et à optimiser l'autonomie;
- Prévention du déclin fonctionnel et des complications iatrogéniques;
- Soutien important des proches aidants pour optimiser l'indépendance;
- Vu la condition et les pertes possibles, questionnement plus fréquent sur le potentiel de réadaptation et l'orientation subséquente aux services de réadaptation;
- Importance de connaître le niveau de fonctionnement antérieur à un épisode aigu;
- Difficulté plus grande à cerner les causes des problèmes de motivation;
- Prise en charge graduelle par les diverses disciplines;
- Dépistage et évaluation des facteurs de risque de déclin fonctionnel associé à la fragilité de la clientèle âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement;

¹⁵ Extrait du document Programme de réadaptation gériatrique rédigé par Felicia Guarna, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Marc Bessette, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, D^e Nathalie Blouin, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Diana Chin, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, France Larivée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, mai 2016 (version intégrale - annexe 10).

¹⁶ Le plan d'intervention pour sevrage devrait être inclus dans l'enveloppe de départ pour la réadaptation.

Les composants de la fragilité incluent des problématiques dans l'une ou l'autre des sphères suivantes :

- ✓ Performances sensorielles, notamment auditives et visuelles;
- ✓ Mobilité et chutes fréquentes;
- ✓ Santé (polypathologie, polymédication, hospitalisations fréquentes);
- ✓ Dimensions mentales (fonctions cognitives, dépression, histoire de délirium);
- ✓ Dimensions sociales et environnementales (isolement social);
- Exemple d'utilisation des modalités à préconiser pour éviter l'évolution défavorable de l'état du client :
 - ✓ Programme d'exercices adapté à sa condition;
 - ✓ Dépistage, évaluation et traitement de la :
 - Dysphagie;
 - Dénutrition;
 - Dépression;
 - ✓ Compensation des troubles sensoriels;
 - ✓ Prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques invalidantes;
 - ✓ Revue de la médication et optimisation du profil médicamenteux.

7.4 Aux lits de réadaptation en déficience physique

À ce jour, les critères d'admissibilité aux lits de réadaptation en déficience physique demeurent inchangés et sont décrits dans le document « *Cadre de référence sur les services posthospitaliers de réadaptation fonctionnelle intensive en interne et de soins subaigus pour la région de Montréal 2010* » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010).

8. CRITÈRES DE FIN D'INTERVENTION

Il y a fin d'intervention sur une base interne lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présente :

- la personne est en mesure d'intégrer ou de réintégrer son milieu de vie (domicile, résidence privée, RI ou CHSLD), de façon sécuritaire;
- elle peut, lorsque requis, recevoir ses services de réadaptation sur une base ambulatoire;
- l'utilisateur, dans le respect de son rythme, son potentiel et ses capacités a atteint les objectifs du plan d'intervention et il n'y a pas de nouveau besoin identifié nécessitant la prolongation du séjour;
- la poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur l'autonomie de la personne (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau);
- l'utilisateur signifie de manière éclairée son intention de mettre fin au processus;
- la personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme;
- l'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins postaigus (complications ou instabilité médicales).

Les décisions concernant la continuité ou l'arrêt des services de convalescence, de récupération ou de réadaptation font partie du plan d'intervention, principe qui s'inscrit dans la notion qu'un épisode de service est compatible avec la nature même des services de récupération ou de réadaptation offerts en post-aigus ou en réadaptation et que cet épisode de service est d'une durée limitée. Le succès de la démarche de récupération/réadaptation repose sur la participation de l'utilisateur aux thérapies et sur l'intégration des apprentissages durant le séjour. Toutefois, l'utilisateur n'est pas le seul à être visé par l'intervention. Celle-ci touche également les proches qui gravitent autour de lui. Une fois bien outillés, ces proches sont un relais important dans la suite des interventions, des relations et des activités quotidiennes qu'ils entretiennent avec l'utilisateur, allant au-delà de la durée des services offerts par le CIUSSS. Les intervenants accompagnent et guident l'utilisateur et ses proches à travers ce processus.

Tout comme c'est le cas en milieu hospitalier, le congé du milieu de soins post-aigus ou de réadaptation doit avoir fait l'objet d'une planification précoce et conjointe avec les partenaires en aval.

9. GESTION DES COMMUNICATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

Une liste de personnes « répondantes » est constituée pour les établissements de la région de Montréal.

Le rôle de ces répondants consiste à agir comme interlocuteur au sujet des problématiques concernant :

- les demandes **effectuées** par leur établissement
- ou
- les demandes **reçues et traitées** par leur établissement;

afin :

- d'effectuer les suivis requis à l'interne pour que soient apportés les correctifs requis;
- de favoriser le dénouement des litiges interétablissements;
- de s'assurer de la transmission efficace des informations en lien avec les processus de demandes de soins postaigus et de réadaptation intensive;
- d'assurer une vigie au niveau de la qualité des données de l'outil web réadaptation.

Chaque établissement de la région de Montréal doit désigner un répondant. Les établissements peuvent, au choix, identifier un répondant par installation ou programme.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est responsable d'établir, de diffuser et tenir à jour cette liste.

Annexe 1

EXTRAIT DU GUIDE DE L'UTILISATEUR ET LEXIQUES DES VARIABLES, RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER (RQSUCH) J74 V.3¹

Note pour la variable 10 (10a, 10b et 10c) :

Les soins postaigus incluent les différentes **mesures transitoires** pouvant être offertes à la suite d'un épisode de soins aigus. Elles ont pour objectif de favoriser la récupération optimale de l'état de santé et de l'autonomie fonctionnelle ainsi que le retour à domicile des usagers. Les soins postaigus comprennent habituellement des soins et services multidisciplinaires, dont la combinaison et l'intensité de la dispensation varient en fonction des besoins des usagers. Actuellement disponibles en différentes programmations de services (configurées en fonction du type de lits, d'unités ou de mission d'établissement)² selon les particularités de l'organisation régionale ou territoriale, les places de soins postaigus sont, pour les fins du présent lexique, regroupées en trois grandes catégories, principalement modulées selon l'intensité des services de réadaptation que requiert l'utilisateur. Ainsi, cette variable ne vise pas à indiquer le nombre d'usagers en attente pour une ressource précise, mais le nombre d'usagers en attente pour chacune des grandes catégories, nonobstant le milieu où les soins et services seront dispensés.³

10. Nombre total d'usagers en attente d'une place de soins postaigus : nombre d'usagers NSA occupant des lits de courte durée en attente d'une place de soins postaigus, nonobstant le milieu⁴ où les soins et services seront dispensés. Pour ces usagers, la possibilité d'obtenir les services postaigus appropriés en mode ambulatoire, à domicile ou dans le milieu de vie habituel a été préalablement exclue. Cette variable inclut les données entrées aux 10a, 10b et 10c et est générée automatiquement.

10a. Nombre d'usagers en attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation intensive ou spécialisée : nombre d'usagers NSA occupant des lits de courte durée en attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation intensive ou spécialisée, nonobstant le milieu où les soins et services seront dispensés.

10b. Nombre d'usagers en attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation d'intensité modérée et progressive : nombre d'usagers NSA occupant des lits de courte durée en attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation d'intensité modérée et progressive ainsi qu'un niveau de soins pouvant répondre à des atteintes multi systémiques, nonobstant le milieu où les soins et services seront dispensés.

10c. Nombre d'usagers en attente d'une place de convalescence : nombre d'usagers NSA occupant des lits de courte durée en attente d'une place de convalescence (soins peu complexes avec possibilité de services de réadaptation de faible intensité).

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2015, p. 10-11.

² Lits en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), lits en centre hospitalier de réadaptation (CHR), lits de réadaptation à intensité variable, lits de convalescence ou autres dénominations régionales.

³ Considérant l'hétérogénéité des organisations régionales, il est possible que ces grandes catégories de soins postaigus puissent être dispensées dans un même milieu dit évolutif ou bien que chacune d'elles soit offerte par un dispensateur différent.

⁴ IDEM - note de bas de page n° 2.

Annexe 2

NOMBRE DE LITS DE SOINS POSTAIGUS PAR TERRITOIRE DE CIUSSS PLANIFIÉS AU 7 MARS 2016⁵

Territoires de CIUSSS	Localisation des lits							total
	CIUSSS de l'Ouest*	CIUSSS du Centre-Ouest*	CIUSSS du Centre-Sud*	CIUSSS du Nord*	CIUSSS de l'Est*	Villa Médica	Marie-Clarac	
Ouest	115	-	-					115
Centre-Ouest		116	43					159
Centre-Sud			123					123
Nord				162			12	174
Est					196		33	229
Sous-total	115	116	166	162	196	-	45	800
Lits surnuméraires**						9	9	18
Total	115	116	166	162	196	9	54	818

* Inclut les installations du CIUSSS, les centres d'hébergement privés conventionnés du territoire ainsi que les RI du territoire (où se trouvent les lits antérieurement d'UTRF).

** Ces lits peuvent aussi être utilisés pour de la réadaptation intensive en santé physique.

⁵ Sauf pour des modifications effectuées dans le cadre du plan NSA montréalais au niveau de la localisation des lits de soins post-aigus du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Annexe 3

LITS DE SOINS POSTAIGUS PLANIFIÉS EN MAI 2017

	Lits en CHSLD	lits en RNI	lits en CHR	Total	Lits prévus 2016-03-07	écart
Centre-Ouest						
Centre d'hébergement St-Georges (Groupe Roy Santé)	5			5		
Centre hospitalier Gériatrique Maimonides - CHSLD	4			4		
CHSLD Vigi Reine-Elizabeth	3			3		
Pavillon Côte-des-Neiges (IUGM)	43			43		
CHSLD Mont Royal	4			4		
Résidence le Boulevard		23		23		
Hôpital Catherine Booth			18	18		
Sous-total	59	23	18	100	159	-59
Centre-Sud						
Centre d'hébergement Champlain	52			52		
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or				0		
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	3			3		
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	48			48		
Centre d'hébergement Émilie Gamelin	3			3		
RI Notre-Dame-de-la-Paix		0		0		
Sous-total	106	0	0	106	123	-17
Est						
Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest	1			1		
Centre d'accueil Dante	3			3		
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	11			11		
Centre d'hébergement de la Maison Neuve				0		
Centre d'hébergement Jeanne-LeBer	175			175		
Hôpital Marie-Clarac			33	33		
RI Claudette Barrée				0		
Sous-total	190	0	33	223	228	-5
Nord*						
Résidence Angelica	3			3		
C.H. Notre-Dame de la Merci	44			44		
Marie-Clarac			12	12		
RI Parc Jarry		15		15		
RI Fleury		15		15		
Résidence Tournesol		15		15		
CHSLD Paul Gouin				0		
Hôpital Jean-Talon (relocalisation de lits d'un CHSLD en rénovation)	30			30		
Sous-total	77	45	12	134	174	-40
Ouest						
CHSLD Vigi Dollard-des-Ormeaux	6			6		
Grace Dart	15			15		
Centre d'hébergement Dorval	6			6		
Centre d'hébergement LaSalle	43			43		
Champlain de Verdun	10			10		
Vivalis		17		17		
Catherine Booth			10	10		
Villa Médica			7	7		
Sous-total	80	17	17	114	115	-1
Total Montréal	512	85	80	677	799	-122

* Il s'agit des lits dressés en mai 2017. La planification des lits reste à faire.

Annexe 4

LITS DE RÉADAPTATION INTENSIVE EN SANTÉ PHYSIQUE POUR LA CLIENTÈLE MONTRÉLAISE

Territoires de CIUSSS desservis	Localisation des lits										Total
	CIUSSS du Centre-Ouest		CIUSSS du Centre-Sud				CIUSSS du Nord	CIUSSS de l'Est	Marie-Clarac*	Villa Médica	
	Catherine Booth*	Richardson	Manoir-de-l'Âge-d'Or	Champlain de verdun	IRGLM	IUGM	Notre-Dame-de-la-Merci	Joseph-Henri-Charbonneau			
Ouest	17			6	12					10	45
Centre-Ouest	36				8					12	56
Centre-Sud			18	6						10	34
Nord							17		38		55
Est								33	44		77
Sous-total	53	-	18	12	20	-	17	33	82	32	267
Lits surnuméraires**					2						2
Total	53	-	18	12	22	-	17	33	82	32	269

* Incluant 7 lits de mesures de désengorgement des urgences (MDU) à Marie-Clarac et 17 lits MDU à Catherine Booth.

** Auxquels peuvent s'ajouter 18 autres lits surnuméraires qui pourraient être utilisés pour de la réadaptation en santé physique.

Lits de réadaptation en santé physique gériatrique⁶

Territoires de CIUSSS desservis	Localisation des lits										Total
	CIUSSS du Centre-Ouest		CIUSSS du Centre-Sud				CIUSSS du Nord	CIUSSS de l'Est	Marie-Clarac	Villa Médica	
	Catherine Booth	Richardson	Manoir-de-l'Âge-d'Or	Champlain de verdun	IRGLM	IUGM	Notre-Dame-de-la-Merci	Joseph-Henri-Charbonneau			
Ouest	9										9
Centre-Ouest	4	8									12
Centre-Sud						7					7
Nord		5				6					11
Est		5				12					17
Total	13	18	-	-	-	25	-	-	-	-	56

⁶ Excluant les lits de réadaptation gériatrique pour la clientèle avec atteintes neurologique.

Annexe 5

LITS DE RÉADAPTATION EN SANTÉ PHYSIQUE ET DÉFICIENCE PHYSIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS MONTRÉALAIS DÉDIÉS À UNE CLIENTÈLE D'AUTRES RÉGIONS ADMINISTRATIVE

	Montréal				Laval				Laurentides				Lanaudière				Autres régions				Total			
	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total	AVC et autres neuros	amputés	santé physique	total
CIUSSS de l'Ouest				-				-				-				-				-				-
CIUSSS du Centre-Ouest				-				-				-				-				-				-
CIUSSS du Centre-Sud	7			7				-	4			4	2			2	1		1	2	14		1	15
CIUSSS du Nord				-				-				-				-				-				-
CIUSSS de l'Est				-				-				-				-				-				-
Marie-Clarac				-			29	29			14	14			11	11				-			54	54
Villa Médica		2	17	19				-	5		5					-	3		3	-	10	17	27	
Total	7	2	17	26	-	-	29	29	4	5	14	23	2	-	11	13	1	3	1	5	14	10	72	96

Annexe 6

LITS DE RÉADAPTATION INTENSIVE EN DÉFICIENCE PHYSIQUE POUR LA CLIENTÈLE MONTRÉLAISE*

Établissements	Installations	AVC et autres neuros	TCC	Lésions médullaires**	amputés	BOG	brûlures graves**	sous-total déficiency physique	réadaptation gériatrique neurologique	Total
CIUSSS de l'Ouest								0		0
CIUSSS du Centre-Ouest	Richardson	31						31	10	41
CIUSSS du Centre-Sud	IRGLM	32	18	25	27	4		106		106
	IUGM							0	20***	20
CIUSSS du Nord								0		0
CIUSSS de l'Est								0		0
Marie-Clarac								0		0
Villa Médica		65			5		6	76		76
Total		128	18	25	32	4	6	213	30	243

* Excluent les lits de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (installation Centre de réadaptation Lucie-Bruneau).

** Mandat pour l'Ouest du Québec et pour tout le Québec pour les tétraplégiques ventilo-assistés (TVA).

*** Incluent deux lits de réadaptation gériatrique destinés à la clientèle avec une lésion médullaire.

Annexe 7

MODALITÉS RELATIVES À LA COMPLÉTION DES DSIE

DSIE : Liste des éléments à vérifier au CHSGS

À partir du CHSGS	
Pour les établissements travaillant avec la DSIE 1 :	Pour les établissements travaillant avec la DSIE 2 : (HMR, CHUM, Sacré-Cœur, St. Mary)
<ul style="list-style-type: none"> • Elle doit être accompagnée de la page complémentaire du programme multisystémique ou musculosquelettique, selon le cas; • Autres pages complémentaires requises, s'il y a lieu; • Si disponible le sommaire médical (surtout dans les cas complexes) mais celui-ci ne doit pas se substituer à la complétion de toutes les sections de la DSIE; • Si requis : envoi du rapport de comportement; • Profil pharmacologique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si disponible le sommaire médical (surtout dans les cas complexes) mais celui-ci ne doit pas se substituer à la complétion de toutes les sections de la DSIE; • Si requis : envoi du rapport de comportement; • Profil pharmacologique.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES à fournir dans la DSIE pour envoi d'une demande aux guichets.

L'omission de complétion de ces sections engendre le refus de la DSIE par les intervenants qui en font l'analyse.

TRONC COMMUN DSIE 1 et DSIE 2

Adresse permanente sur le territoire montréalais;
Consentement;
Validité de la carte RAMQ (n'est pas un critère de refus);
Personne-ressource mentionnée;
Date d'admission;
Situation actuelle : donner un portrait antérieur et actuel de la situation. À titre d'exemple, dans le cas d'une chute, expliquer le contexte en plus de la cause d'hospitalisation. En cas de délirium, préciser s'il est résolu ou non. En cas d'utilisation d'une contention, préciser les modalités d'application à l'usager ainsi que les motifs à l'origine du recours. Dans le cas d'un patient qui est médicalement stable (physique et psychique), en aucun cas la contention ne peut être une raison de refus;
Diagnostic principal en lien avec le programme requis (pronostic);
Conditions associées/antécédents médicaux;
Informations médicales (médecins impliqués dans le suivi du patient);
Profil pharmacologique (si celui n'est pas joint à la DSIE);
Allergies;
Tests SARM, ERV et C. difficile : le décompte des selles doit être obligatoirement précisé. Considérer qu'il faut 72 heures de selles non liquides pour accéder au milieu de réadaptation;
Profil nutritionnel;
Équipement spécialisé (bariatrique – VAC/TPN – CPAP/BIPAP – surface thérapeutique);
Délai d'intervention suggéré.

Page complémentaire DSIE 1 (programme musculosquelettique)

Section motivation;
Tableau état fonctionnel;
État fonctionnel (antérieur et actuel) – aides techniques à spécifier. Il faut spécifier les aides techniques utilisés par l'utilisateur avant l'hospitalisation et en cours d'hospitalisation;
Milieu de vie : lorsque des escaliers sont utilisés, indiquer le nombre de marches;
Fonction cognitive mentale et état psychologique général;
Communication – vision;
Type de lésion;
Type d'intervention;
Mise en charge.

Page complémentaire DSIE 1 (programme multisystémique)

Section motivation;
Tableau état fonctionnel;
État fonctionnel (antérieur et actuel) – aides techniques à spécifier. Il faut spécifier les aides techniques utilisés par l'utilisateur avant l'hospitalisation et en cours d'hospitalisation;
Milieu de vie : lorsque des escaliers sont utilisés, indiquer le nombre de marches;
Fonction cognitive mentale et état psychologique général;
Communication – vision;
Alimentation;
Élimination/dialyse.

Page complémentaire DSIE 2 (intégrée au tronc commun)

Restrictions (mise en charge (MEC));
Mobilité;
Équilibre – tolérance;
Modes d'élimination;
Audition – vision;
Communication;
Fonctions cognitives : inscrire les informations connues. Si aucune évaluation n'a été réalisée, il faut apporter les observations sur l'unité de soins/réadaptation qui donnent un aperçu de la situation (ex. : comportement, participation, intégration des consignes, capacité d'apprentissage, attention/concentration, etc.)

SPÉCIFICITÉS OBLIGATOIRES DSIE 1 ET 2

1) Thérapie intraveineuse

- a. Picc Line : dans quel bras est-il inséré? Le nombre de voies?
- b. Que reçoit l'utilisateur dans la ou les voies?
- c. Protocole d'irrigation

2) Stomie

- a. Modèle
- b. Grandeur du sac
- c. Numéro de la collerette

3) Vac – thérapie

- a. Date d'installation
- b. Site de plaie
- c. Mode continu ou intermittent
- d. Grandeur et couleur de l'éponge
- e. Pression (mm de Hg)
- f. Pansement alternatif

4) Trachéotomie

- a. Raison de la mise en place
- b. Description de la canule (taille, type)
- c. Soins de trachéo

5) Gavage

- a. Type de gavage (TNG, PEG, etc.)
- b. Indications de gavage
- c. Horaire

6) Oxygénothérapie

- a. Mode
- b. Indications, débit
- c. Saturométrie au repos et à l'effort
- d. CPAP/BIPAP : pour accéder au milieu de réadaptation, le patient doit fournir son appareil. Si le patient n'a pas encore son appareil, le médecin doit attester que celui-ci n'est pas nécessaire pour faire la réadaptation

7) Matériel pour personne obèse (lorsque la mention obésité apparaît dans le DSIE)

- a. Poids et taille du patient
- b. Type d'équipement requis (lit, marchette, fauteuil, etc.)

8) Surface thérapeutique

- a. Spécification du type de matelas
- b. Type de coussin

9) Diagnostic de cancer (diagnostic principal ou les conditions associées ou antécédents)

- a. Le pronostic précisé (indiquer l'information telle que connue)
- b. Plan de traitement (chimio/radio)

Langue de transmission de la DSIE :

- **DSIE en français** : Les DSIE en français sont acceptées par les cinq CIUSSS;
- **DSIE en anglais** : Il est possible de transmettre des DSIE en anglais seulement vers les deux CIUSSS désignés pour offrir des services bilingues, soient les CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ainsi, les trois autres CIUSSS (Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Nord-de-l'Île-de-Montréal et Est-de-l'Île-de-Montréal) peuvent refuser une DSIE rédigée en langue anglaise.

Qualité de l'information transmise dans la DSIE par le CHSGS :

- Les guichets se gardent le droit de refuser une demande incomplète ou de mauvaise qualité au CHSGS, en transmettant alors les commentaires explicatifs dans la section à l'établissement « suivi de l'intervention ». La rigueur est donc de mise;

- **Identifier les besoins** de convalescence/récupération/réadaptation de l'utilisateur en vue de son retour dans son milieu de vie antérieur;
- Les besoins identifiés doivent être **précisés** : Par exemple, des besoins de stimulation, des enseignements, de la surveillance, etc.;
- Les besoins identifiés par l'équipe du CHSGS doivent être **cohérents avec les besoins et objectifs de l'utilisateur qui est un partenaire** à la démarche;
- Faire la **recommandation** quant à **l'intensité et la capacité** de l'utilisateur selon l'équipe interdisciplinaire du CHSGS;
- Inscrire les besoins et la recommandation à la section « nature de la demande »;
- **Ne pas laisser de sections vides**. Ouvrir les sections et écrire S. O. s'il n'y a pas de commentaires à inscrire;
- Limiter l'écriture en abréviation qui pourrait porter à confusion;
- Attention de fournir une information complète qui soit suffisante pour comprendre les besoins de l'utilisateur, sans les détails superflus.

Annexe 8

ENVELOPPE DE DÉPART CHSGS

L'enveloppe de départ du CHSGS doit contenir :

1. La feuille sommaire médicale;
2. Le consentement du patient : consentement général de soins et formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur, si requis (hors CIUSSS ou CHSGS non affilié);
3. Le formulaire d'engagement de l'utilisateur;
4. L'ordonnance de départ, qui doit dater de moins de 72 heures, et le profil pharmacologique (feuille d'administration des médicaments) en date du jour du transport;
5. La médication jusqu'au prochain jour ouvrable. La démarche pour obtenir les médicaments avec la pharmacie doit être assumée à partir du lit post-aigu de l'utilisateur;
6. Les rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, RIN (INR) des cinq derniers jours, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents;
7. Les rendez-vous de suivi planifiés avec le(s) médecin(s) spécialiste(s), s'il y a lieu;
8. Les rapports récents des procédures 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.);
9. La confirmation du prélèvement de SARM (ou ERV si pertinent) 24 heures avant le transfert vers le lit de soins post-aigus ou de réadaptation;
10. Tous les rapports pertinents, le plan de soins, le plan thérapeutique infirmier, les plans d'interventions professionnelles et le niveau de soins, s'il est disponible.

24 heures avant le départ de l'hôpital, appliquer la procédure concernant le test confirmant ou infirmant la présence de bactéries multirésistantes.

Annexe 9

PROCÉDURE DE DEMANDE DE LITS DE SOINS POSTAIGUS SURNUMÉRAIRES

Avant 11 heures	1	Les CIUSSS qui souhaitent se prévaloir de lits de soins post-aigus de surcapacité régionale doivent transmettre au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal le nombre et les noms des usagers de leur territoire en attente d'un lit de soins post-aigus, et ce, à l'adresse courriel suivante : SADR.jmance@ssss.gouv.qc.ca . L'objet du courriel doit être libellé ainsi : Demande de lits post-aigus de surcapacité régionale .
	2	Les deux établissements où se situent les lits de surcapacité régionale, soit Villa Medica (13 lits) et Marie-Clarac (35 lits) transmettent chaque matin au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, à l'adresse SADR.jmance@ssss.gouv.qc.ca , le tableau « liste de présences lits de soins post-aigus de surcapacité régionale » annexé à la présente. Ce tableau informe le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal des lits vacants et des congés prévus le lendemain.
Avant 13 heures	3	Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal allouera les lits disponibles (lits vacants à ce jour + congés prévus le lendemain) aux CIUSSS dont les demandes afficheront les plus longs délais d'accès.
	4	Pour informer les CIUSSS, ainsi que Villa Medica et Marie-Clarac, des usagers qui pourront être admis dans les lits de surcapacité, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal retransmettra à tous (aux CIUSSS, à Villa Medica et Marie-Clarac) les deux tableaux préalablement transmis par Marie-Clarac et Villa Medica, dans lequel il aura précisé dans le champ « commentaires », pour chaque lit vacant ou pour lequel un congé est prévu le lendemain, les initiales des usagers qui pourront être admis dans ces lits ainsi que le nom du CIUSSS d'où ils proviennent.
Avant 14 heures	5	Sur réception de ces tableaux, le ou les CIUSSS à qui auraient été attribués un ou plusieurs lits devront rediriger la ou les DSIE des usagers à admettre dans les lits de surcapacité régionale à Villa Medica et/ou Marie-Clarac dans le programme-services « lits de soins post-aigus » de ces établissements ¹ .
	6	Si Villa Medica ou Marie-Clarac avaient des questions complémentaires concernant les DSIE qui leur ont été transmises, ces derniers s'adresseront aux guichets CIUSSS d'où proviennent les DSIE et non aux centres hospitaliers référents .
	7	En fonction des admissions de ces usagers qui seront ensuite planifiées, Villa Medica et Marie-Clarac mettront à jour le tableau « liste de présences lits post-aigus de surcapacité régionale » qui sera réacheminé le lendemain au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, comme prévu à l'étape 1 ci-haut.
	8	Prendre note qu'aucune liste d'attente ne sera constituée pour les lits de surcapacité. Chaque jour, si les CIUSSS souhaitent se prévaloir de lits de surcapacité, ils doivent transmettre leurs besoins à cet égard au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal selon la procédure décrite ci-haut.

¹ Les guichets qui utilisent le mode « expédition » peuvent créer une page complémentaire pour préciser qu'il s'agit d'une demande pour un lit de surcapacité.

Annexe 10

Programme de réadaptation gériatrique

Objectifs généraux du programme

Le programme est conçu pour les personnes âgées présentant un profil gériatrique ainsi qu'une fragilité pré-existante et ayant subi un déclin fonctionnel à la suite d'une maladie ou blessure. Le programme vise à optimiser l'état de santé de la personne, maintenir et restaurer ses capacités fonctionnelles, à améliorer son sentiment de bien-être afin de présenter une qualité de vie lors de son retour dans son milieu résidentiel. Le programme offre des services d'évaluation, de diagnostique et thérapeutiques dans le but de restaurer le niveau fonctionnel antérieur ou relever la capacité fonctionnelle résiduelle chez la personne âgée avec incapacités.

La clientèle visée

Le programme s'adresse à la clientèle âgée et plus particulièrement aux personnes âgées fragiles.

« Le qualificatif fragile s'adresse à une personne qui présente une sommation de symptômes et de pertes sur la base d'un risque de vulnérabilité, d'un équilibre précaire entre les demandes et les capacités à y répondre. »

- Client présentant les syndromes gériatriques (incontinence, troubles cognitifs pluripathologies, problèmes de mobilité, chutes fréquentes, polypharmacie, dépression, dénutrition, problèmes visuels et auditifs, histoire de délirium);
- Client présentant une fragilité préexistante, compliquée par la présence des syndromes gériatriques et ayant des besoins médicaux – soins infirmiers multiples et besoins en réadaptation;
- Inclut la clientèle neurologique;
- Client qui démontre un potentiel d'amélioration des facteurs modifiables des syndromes gériatriques;
- Client qui démontre un potentiel en réadaptation afin d'améliorer son niveau fonctionnel;
- Client qui a la capacité de suivre un programme de réadaptation cinq jours par semaine, avec individualisation de l'intensité des thérapies en termes de fréquence, de durée et de modalités.

Critères généraux d'admission en réadaptation

- État médical stable :
 - diagnostic a été établi;
 - toutes les questions médicales ou les comorbidités ont été prises en charge; (ex : essoufflement excessif, chutes, insuffisance cardiaque);

- au moment du congé des soins actifs, les maladies en évolution ou les incapacités n'empêchent pas une participation en réadaptation;
- les signes vitaux sont stables; même lors des changements de position (i.e. assise, debout, etc.).
- Les investigations médicales sont terminées ou un plan de suivi a été adopté au moment de l'orientation et les rendez-vous sont fixés au moment du congé des soins actifs;
- Client ne risque pas de se détériorer à court terme;
- Condition médicale du client peut être prise en charge adéquatement dans un milieu de réadaptation;
- Objectifs de réadaptation réalistes et réalisables.

Critères spécifiques au programme de réadaptation gériatrique

- Aspects qui seront évalués pour établir le potentiel de réadaptation :
 - hospitalisations au cours de l'année ou durée prolongée de la présente période d'hospitalisation;
 - gravité et réversibilité des incapacités fonctionnelles;
 - comorbidités pouvant affecter la participation aux traitements;
 - niveau de fonctionnement antérieur;
 - environnement physique et psychosocial;
 - motivation de la personne à l'amélioration de son autonomie fonctionnelle.
- Client nécessite des interventions sur base régulière de 5jours/semaine;
- Tolérance assise au fauteuil 30 minutes/deux fois par jour minimalement.

Pour les clients avec une trachéostomie :

- Le sevrage de la trachéostomie pourrait être fait en réadaptation, toutefois, il est nécessaire d'avoir une trachéostomie bien cicatrisée. Soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures;
- Plan d'intervention pour sevrage devrait être inclus dans l'enveloppe de départ pour la réadaptation.

Il est important à noter que l'âge du client en soi n'est pas un critère d'admission au programme.

Critères d'exclusion au programme de réadaptation gériatrique

- Délirium actif;
- Si client a un niveau d'hémoglobine < 80, la capacité de participer à son plan d'intervention devrait être questionnée;
- Fraction d'éjection < 15%;
- Client ne peut apprendre ni participer aux traitements à cause d'un déficit cognitif grave;

- Client a des problèmes de comportement qui constituent un risque pour lui-même et les autres (ex : agressivité, requiert une contention ou surveillance 24/7);
- Client refuse de participer au programme;
- Client souffre d'une maladie en phase terminale et son espérance de vie est limitée (moins de 6 mois).

Approche spécialisée en réadaptation gériatrique

La clientèle admise au programme nécessite une prise en charge par une équipe dédiée et spécialisée travaillant en interdisciplinarité afin d'évaluer et traiter systématiquement les éléments de vulnérabilité et de complexité, ainsi que les besoins en réadaptation.

L'équipe vise les objectifs cliniques suivants dans le programme :

- Vise la récupération fonctionnelle du client et l'adaptation de son environnement pour minimiser les incapacités;
- Avec le client et sa famille, planifie le retour dans le milieu de vie antérieur lorsque possible. Ce retour doit être sécuritaire et avec les services à domicile lorsque requis, afin de prévenir les admissions récurrentes;
- Offre un encadrement médical et thérapeutique approprié afin de minimiser le retour du client à l'urgence, qui peut comporter le risque de le déstabiliser;

Équipe gériatrique spécialisée et dédiée :

- Ergothérapeute
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Travailleur social
- Soins infirmiers
- Pharmacien
- Gériatre ou médecin avec expertise en gériatrie
- Nutritionniste
- Inhalothérapeute
- Accès aux médecins spécialistes
- Gestionnaire de cas – un membre de l'équipe identifié pour être la liaison entre l'équipe et le client et sa famille

Il s'agit également d'un milieu d'enseignement clinique pour les médecins et tous les professionnels de l'équipe et un milieu de recherche clinique.

Particularité de l'approche de réadaptation gériatrique

- Combinaison étroite d'objectifs qui visent à **optimiser la santé et à optimiser l'autonomie**;
- **Prévention** du déclin fonctionnel et des complications iatrogéniques;
- Soutien important des proches aidants pour optimiser l'**indépendance**;
- Vu la condition et les pertes possibles, questionnement plus fréquent sur le **potentiel de réadaptation** et l'orientation subséquente aux services de réadaptation;
- Importance de connaître le niveau de **fonctionnement antérieur** à un épisode aigu;
- Difficulté plus grande à cerner les causes des **problèmes de motivation**;
- Prise en charge graduelle par les diverses disciplines;
- Individualiser la durée des interventions en offrant des séances de réadaptation de 20-30 minutes, mais sur une base plus fréquente durant la journée en incluant des périodes de repos;
- Dépister et évaluer les facteurs de risque de déclin fonctionnel associé à la fragilité de la clientèle âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement;
 - Les composants de la fragilité inclus :
 - Les performances sensorielles notamment auditives et visuelles
 - Mobilité et les chutes fréquentes
 - Santé (polypathologie, polymédication, hospitalisations fréquentes)
 - Dimensions mentales (fonctions cognitives, dépression, histoire de delirium)
 - Dimensions sociales et environnementale (isolement social)
- Éviter l'évolution défavorable de l'état du client avec les modalités suivantes :
 - Programme d'exercices
 - Dépistage, l'évaluation et le traitement de la :
 - Dysphagie
 - Dénutrition
 - Dépression
 - Compensation des troubles sensoriels
 - Prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques invalidantes
 - Revue de la médication et optimisation du profil médicamenteux
- Faciliter un accès rapide, voire prioritaire aux interventions précoces pour minimiser le déclin lié au déconditionnement et un séjour prolongé à l'hôpital de courte durée. Pour ce faire il faut :
 - Avoir un délai d'accès rapide au programme de réadaptation gériatrique (cible – 4 jours)
 - Débuter la réadaptation 24 heures post-admission
 - Maintenir une DMS à 50 jours

Le plateau technique

Les besoins en équipement et les ententes pour favoriser un environnement propice à la réadaptation gériatrique :

- Un appareil de radiologie de base
- Établir les corridors de service pour la médecine nucléaire, le scan, imagerie par résonnance magnétique
- Entente de service pour l'accès aux services de 2^e et 3^e ligne :
 - La clinique externe de dysphagie
 - Les programmes pour compensation des troubles sensoriels (visuels, auditifs et de la communication)
- Ratio – soins infirmiers...
 - À venir

Référence; Pelemans W., « Médecine gériatrique, pratique quotidienne, aspects cliniques et généraux : le profil gériatrique », at vol. 1 c-2, Pfizer SA, second ed., 2002

** Aspects évalués pour établir le potentiel de la réadaptation (des travaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, « Approche de réadaptation gériatrique en soins post aigus, Recension des écrits », révisée septembre 2014

Préparé par le sous-comité trajectoire réadaptation gériatrique
Felicia Guarna, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Marc Bessette, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Dr Nathalie Blouin, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS Centre-Sud
Diana Chin, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île de Montréal
France Larivée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS Centre-Sud

Le 31 mai 2016

H:\FELICIA GUARNA\DIRECTION PROGRAMMES DE RÉADAPT\2016-05-30-Programme de Réadaptation Gériatrique.docx

