

A photograph of a woman and a young child walking on a dark, pebbly beach. The woman is wearing a dark V-neck sweater over a white shirt and white shorts. The child is wearing a white t-shirt and blue pants. They are walking towards the water, where waves are breaking. In the background, there is a cliff with some buildings on top. The sky is a mix of orange and blue, suggesting a sunset or sunrise. The text is overlaid on the upper right portion of the image.

Plan d'organisation des
services de réadaptation
fonctionnelle intensive

pour la région de la Gaspésie
et des Îles-de-la-Madeleine

Québec 

Mars 2006

Coordination du processus

Michèle LeBlond – *Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*

Comité aviseur

Yves Bernier – Centre de réadaptation de la Gaspésie

Francis Boudreau – Centre de réadaptation de la Gaspésie

Yolande Chouinard – Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs

Diane Henry – Centre de santé et de services sociaux de la Côte de Gaspé

Louise Landry – Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie

Michèle LeBlond – *Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*

Pierrette Robitaille – Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Supervision

Yves Bernier – Directeur à la planification et à la qualité, Centre de réadaptation de la Gaspésie

Recherche, planification et rédaction

Raymond Beaudry – Agent de planification et de recherche, Centre de réadaptation de la Gaspésie

Révision du traitement de texte et mise en pages

Chantal Sheehan – Centre de réadaptation de la Gaspésie

Production et diffusion

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Note au lecteur :

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, 2006-05-01

Bibliothèque Nationale du Canada, 2006

ISBN - 13 : 978 - 2 - 923129 - 29 - 7

ISBN - 10 : 2 - 923129 - 29 - 6

**PLAN D'ORGANISATION DES
SERVICES DE RÉADAPTATION
FONCTIONNELLE INTENSIVE**

**POUR LA RÉGION DE LA GASPÉSIE
ET DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE**

Mars 2006

***Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine***

Québec



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier pour leur contribution spécifique à l'élaboration de ce document :

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) ainsi que l'ensemble des Centres de réadaptation en déficience physique du Québec;

Les Centres de santé et de services sociaux de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;

Le Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Un grand merci également à toutes les personnes consultées en mai et juin 2005 sur le document de travail.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION	v
LISTE DES SIGLES	vii
1. Introduction	1
1.1 Contexte de l'élaboration du plan	1
1.2 Objectif du plan	1
1.3 Responsabilité et coordination du processus	1
1.4 Comité aviseur	2
2. Programme Déficience physique	3
2.1 Définition de la clientèle	3
2.2 Principes directeurs et valeurs partagées	3
2.3 Gamme de services	4
3. Services de réadaptation	5
3.1 Continuum de services intégrés	5
3.2 Services courants de réadaptation	5
3.3 Services spécialisés de réadaptation	6
3.4 Services surspécialisés de réadaptation	9
4. Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	10
4.1 Description de la clientèle	10
4.2 Un processus global	13
4.3 RFI interne et externe	14
4.4 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	14
5. Identification des besoins et des services requis	16
5.1 Synthèse des besoins de la clientèle de la RFI	16
5.2 Services régionaux requis en RFI	17
6. La région et ses ressources	19
6.1 Portrait de la région Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	19
6.2 Ressources régionales en réadaptation	19
7. Clientèle régionale potentielle de la RFI	22
7.1 Données à partir des diagnostics d'hospitalisation	22
7.2 Données provenant de centres de réadaptation ayant une URFI	24
7.3 Données applicables à la région GIM	27
8. Critères, modèles et scénarios d'organisation de la RFI	28
8.1 Critères qui doivent guider l'organisation des services	28
8.2 Divers modèles d'organisation des URFI	29
8.3 Scénarios d'organisation de la RFI	30
9. Proposition d'organisation des services de RFI	38
9.1 Concentration des services de RFI	38
9.2 Modes de gestion de la RFI	38
9.3 Ressources requises	39
10. Mise en œuvre des services de RFI	46
RÉFÉRENCES	49
ANNEXES	
Annexe 1 – Localisation des établissements et missions d'établissement dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	53
Annexe 2 – Diagnostics et codes CIM	55
Annexe 3 – Hospitalisations selon les diagnostics et territoires d'origine	57
Annexe 4 – Hospitalisations selon les diagnostics et par groupes d'âge	61

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION

Tableau 1 -	Nombre total d'hospitalisations, selon les catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine (MED-ECHO, 2002-2003)	23
Tableau 2 -	Nombre total d'hospitalisations selon les catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le groupe d'âge (MED-ECHO, 2002-2003)	24
Tableau 3 -	Nombre de lits d'URFI par région et moyenne par 100,000 habitants	25
Tableau 4 -	Nombre d'ETC par catégorie d'employés pour 16 lits d'URFI	26
Tableau 5 -	Scénarios reliés à la concentration des services : avantages et inconvénients	32
Tableau 6 -	Scénarios reliés à la concentration des services : analyse	33
Tableau 7 -	Scénarios reliés aux modes de gestion de la RFI : avantages et inconvénients	35
Tableau 8 -	Scénarios reliés aux modes de gestion de la RFI : analyse	36
Tableau 9 -	Nombre d'ETC par discipline et par unité	40
Tableau 10 -	Superficie requise par unité	42
Tableau 11 -	Ressources financières récurrentes reliées aux ressources humaines	43
Tableau 12 -	Ressources financières récurrentes reliées aux autres dépenses	44
Tableau 13 -	Ressources financières récurrentes reliées aux services d'hôtellerie	44
Tableau 14 -	Grand total des ressources financières récurrentes	44
Tableau 15 -	Estimation préliminaire des ressources financières non-récurrentes	45
Tableau 16 -	Diagnostics et codes CIM retenus aux fins de l'identification des besoins de services en RFI dans la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	55
Tableau 17 -	Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon des catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine	57
Tableau 18 -	Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon les diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le groupe d'âge	61

* * * * *

Illustration I -	Localisation des établissements et missions d'établissement dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	53
-------------------------	---	----

LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

ASSS GIM	<i>Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine</i>
AERDPQ	Association des établissements en réadaptation physique du Québec
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BOG	Blessure orthopédique grave
BM	Blessé médullaire
CHBC	Centre hospitalier de la Baie-des-Chaleurs
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIM	Centre d'information sur le médicament
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GIM	Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PSI	Plan de services individualisés
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RIPPH	Réseau international sur le processus de production du handicap
RTF	Ressource de type familial
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

1. Introduction

1.1 Contexte de l'élaboration du plan

En 1996, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait un *Plan régional d'organisation des services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique*. Toutefois, la section concernant la réadaptation fonctionnelle intensive devait faire l'objet de travaux complémentaires.

L'implantation de la phase I du plan sera complétée cette année. On retrouvera ainsi aux niveaux local, sous-régional ou régional, des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation offerts en externe aux personnes ayant une déficience motrice, une déficience du langage et de la parole, une déficience auditive ou une déficience visuelle. Un service régional d'aides techniques en déficience motrice et en déficience sensorielle sera également disponible.

La mise sur pied de services de réadaptation fonctionnelle intensive devient maintenant un impératif pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. La clientèle concernée doit pouvoir bénéficier de tels services sans devoir se déplacer dans une autre région. Pour ce faire, un plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle doit être élaboré et adopté le plus rapidement possible.

1.2 Objectif du plan

L'objectif est d'élaborer, avec la participation des partenaires du réseau, un plan d'organisation de services qui rend accessibles des services de réadaptation fonctionnelle intensive dans un continuum intégré de services s'adressant aux personnes ayant des incapacités motrices significatives et persistantes.

Le continuum de services comprend les services médicaux, la réadaptation précoce en milieu hospitalier, la réadaptation fonctionnelle intensive, les services externes d'adaptation et de réadaptation ainsi que les services de soutien à l'intégration et au maintien dans le milieu. Dans la perspective d'une approche réseau de services, il est important d'impliquer des représentants des centres de santé et de services sociaux, du centre de réadaptation mandaté pour assurer les services de réadaptation en déficience physique ainsi que des représentants du communautaire.

1.3 Responsabilité et coordination du processus

La responsabilité de l'élaboration du plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive est confiée au Centre de réadaptation de la Gaspésie, conformément à son mandat de services spécialisés de réadaptation en déficience physique. La personne-ressource affectée à ce dossier au Centre de réadaptation de la Gaspésie est monsieur Raymond Beaudry, ex-directeur des programmes et ex-directeur général du Centre de réadaptation InterVal qui offre, entre autres, des services de RFI (40 lits) dans la région Mauricie et Centre-du-Québec.

Toutefois, la coordination du processus est assurée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Celle-ci a d'ailleurs créé un comité aviseur qui assurera une fonction conseil au cours des travaux d'élaboration du plan d'organisation de la RFI.

1.4 Comité aviseur

Le comité aviseur, mis sur pied par l'ASSS GÎM, est formé de trois représentants des centres de santé et de services sociaux, de deux représentants du Centre de réadaptation de la Gaspésie et d'un représentant des usagers. Les personnes suivantes ont été choisies en considération de leur formation, de leur fonction et de leur expertise par rapport à ce champ d'organisation de services :

- Mme Yolande Chouinard, chef d'administration du programme *Soutien à domicile*, CSSS Baie-des-Chaleurs;
- Mme Louise Landry, coordonnatrice du Programme aux adultes en perte d'autonomie, CSSS de La Haute-Gaspésie;
- Mme Diane Henry, chef des services de réadaptation, CSSS de La Côte-de-Gaspé;
- M. Yves Bernier, directeur à la planification et à la qualité, CR de la Gaspésie;
- M. Francis Boudreau, coordonnateur des intervenants régionaux et des ententes régionales de services, CR de la Gaspésie;
- Mme Pierrette Robitaille, coordonnatrice, Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Madame Michèle LeBlond, agente de planification au programme Déficience physique à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a coordonné le processus et a animé le comité aviseur.

2. Programme Déficience physique

2.1 Définition de la clientèle

Afin de mieux cerner la clientèle de la réadaptation fonctionnelle intensive, il convient de se référer en premier lieu à la définition de la clientèle du programme de déficience physique.

Personnes, de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. 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 de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale.¹

Quelques éléments de la définition sont à noter :

- Il n'y a pas de balises quant à l'âge des personnes. Si la situation de la personne correspond à l'ensemble des éléments de la définition, elle fait partie du groupe-cible du programme.
- L'accent ne porte plus sur la nature de la déficience, mais plutôt sur les incapacités significatives et persistantes qui peuvent en découler. Ce sont en effet les conséquences pour le fonctionnement des personnes qui font en sorte que celles-ci recourent à divers services.
- La notion de situation de handicap est remplacée par le concept de réduction possible de la réalisation des activités courantes ou de l'exercice des rôles sociaux.

2.2 Principes directeurs et valeurs partagées

Il est pertinent de rappeler ici les principes généraux ou lignes directrices qui ont guidé l'élaboration des objectifs du MSSS :

- La participation sociale des personnes ayant une déficience physique comme finalité de l'ensemble des objectifs;
- Le maintien des personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel;
- La nécessité d'apporter aux familles et aux proches des personnes ayant une déficience physique le soutien nécessaire;
- La vision globale de la situation de la personne ayant une déficience physique comme base pour la mise en œuvre des objectifs;
- Le continuum de services intégrés comme perspective pour l'organisation des services;
- La complémentarité des programmes services en ce qui a trait à la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique.

¹ Ministère de la Santé et des services sociaux, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté, orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*, Québec 2003.

Ces lignes directrices sont à la base des services requis par les personnes ayant une déficience physique.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux partagent certaines valeurs et certains principes fondamentaux en regard de la clientèle. Nous faisons référence, notamment, au respect de la personne, au développement de l'autonomie, au respect des contextes et choix de vie, à la reconnaissance des capacités de la personne, à la participation de la personne aux décisions, à l'approche globale auprès de la personne et au droit à une qualité de vie décente.

2.3 Gamme de services

La gamme de services s'adressant aux personnes ayant une déficience physique comporte :

- la promotion et la prévention pour diminuer les facteurs de risques;
- le dépistage précoce des problèmes spécifiques;
- les services de santé permettant d'agir sur les systèmes organiques afin que la personne puisse retrouver le maximum de ses capacités physiques;
- les services de réadaptation en vue de développer les capacités de la personne;
- l'attribution d'aides techniques pour compenser les incapacités et pour réduire les obstacles environnementaux.

La gamme de services s'adressant aux personnes ayant une déficience physique est très large. Elle part de la promotion et de la prévention pour diminuer les facteurs de risque pour aller ensuite à la détection précoce des problèmes spécifiques. Les services de santé permettent d'agir sur les systèmes organiques afin que la personne puisse retrouver le maximum de ses capacités physiques.

Les services de réadaptation favorisent aussi la récupération et le développement des capacités de la personne. De plus, ils développent les aptitudes de la personne en lien avec la réalisation de ses activités courantes et l'exercice de ses rôles sociaux. Les services de réadaptation agissent de plus au plan de la compensation des incapacités résiduelles et de la réduction des obstacles environnementaux.

Les services de soutien à l'intégration permettent à la personne de demeurer dans son milieu de vie et, selon le cas, de poursuivre des études, de reprendre ses activités socioprofessionnelles ou de continuer d'exercer ses rôles sociaux.

La gamme de services aux personnes ayant une déficience physique implique beaucoup d'organismes. En plus des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, nous retrouvons les organismes communautaires pour les personnes handicapées, les services de garde, le réseau de l'éducation, les centres d'emploi, les services de transport et les entreprises d'économie sociale en soutien à domicile.

Afin de maximiser l'effet bénéfique de ces services, il est important qu'ils soient coordonnés. C'est en ce sens que l'élaboration de plans de services individualisés (PSI) a été un outil de coordination privilégié par l'Office des personnes handicapées et inscrit dans les orientations du MSSS. Il est de plus en plus utilisé avec la participation active de la personne concernée.

3. Services de réadaptation

Les services de réadaptation pour les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes doivent constituer un continuum de services intégrés. Les services courants, spécialisés et surspécialisés de réadaptation ont leurs champs d'intervention spécifiques. L'organisation et la distribution de ces services doivent permettre une accessibilité, une continuité et une fluidité des services et ce, sans retard préjudiciable.

3.1 Continuum de services intégrés

Comme il est indiqué dans le document sur les services de 1^{ère} ligne en réadaptation physique², un continuum de services sous-entend la précocité, la continuité et la complémentarité des interventions requises par la clientèle. Pour un véritable continuum, les différents services doivent être accessibles au moment approprié, de façon séquentielle ou simultanée, en fonction de l'évolution des besoins de la personne. De plus, il faut que le service rendu prépare à l'étape suivante, que ce soit en liaison avec le futur dispensateur ou en termes de préparation de la personne et de son milieu. Il faut, pour ce faire, que chaque équipe d'intervenants collabore avec l'équipe en aval et travaille en fonction de l'étape subséquente et qu'un véritable partenariat s'établisse.

Des facteurs facilitant la réussite d'un continuum de services sont aussi dégagés :

- la relation de confiance et le climat de collaboration,
- la vision commune des réalités et des missions des divers établissements,
- le respect mutuel et l'acceptation des limites respectives de chacun,
- la présence d'un leadership convaincu et crédible.

Suite à un traumatisme ou à un problème de santé atteignant le système nerveux ou le système musculo-squelettique, la personne ayant des incapacités physiques reçoit une gamme de services comprenant :

- des soins en centre hospitalier pour stabiliser son état de santé;
- des services de réadaptation précoce en vue d'assurer une récupération rapide de certaines capacités de la personne;
- des services de réadaptation fonctionnelle intensive si la personne a des incapacités significatives et persistantes;
- des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation permettant à la personne de retrouver un maximum d'autonomie et de réintégrer son milieu de vie;
- des services de réadaptation visant le maintien des acquis et l'adaptation aux pertes de capacités;
- des services courants de réadaptation si la personne présente seulement des incapacités temporaires.

3.2 Services courants de réadaptation

Les services courants de réadaptation, aussi appelés services de 1^{ère} ligne se définissent ainsi :

² Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, *Orientations régionales en regard des services de 1^{ère} ligne en réadaptation physique, Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine*, 2004.

Les services de 1^{re} ligne en réadaptation s'adressent à l'ensemble de la population. Ils visent la récupération de la capacité liée à une fonction atteinte de façon temporaire en voie ou non de chronicité. De tels services permettent habituellement à la personne d'acquérir ou de récupérer intégralement ou presque intégralement la capacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelle fonctionnelle ou avec des séquelles minimales. Dans d'autres cas, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ils permettront à la personne le rétablissement fonctionnel optimal des capacités et/ou le maintien de celles-ci pour préserver la dignité et la qualité de vie.

Ils permettent également le dépistage des personnes atteintes d'une déficience physique, l'intervention précoce lorsque nécessaire en phase aiguë d'hospitalisation, et leur référence au Centre de réadaptation pour l'obtention de services spécifiques à leur condition. Les personnes atteintes d'une déficience physique et ayant eu recours à des services d'adaptation/réadaptation dispensés en centre de réadaptation peuvent, elles aussi, bénéficier des services de 1^{re} ligne en réadaptation offerts par d'autres établissements afin de maintenir le niveau d'autonomie auquel elles ont accédé (maintien des acquis) ou pour traiter une difficulté fonctionnelle temporaire.

Les services de 1^{re} ligne en réadaptation sont offerts près du milieu de vie de la personne qui les requiert, soit en CLSC, en clinique externe publique ou privée, à domicile, en milieu d'hébergement ou lors d'hospitalisation de courte ou de longue durée. Ils peuvent être offerts ponctuellement, de façon cyclique et/ou sur une base temporairement intensive.³

Comme nous pouvons le constater, les services courants de réadaptation s'adressent à un grand éventail de clientèles. Ils visent autant la récupération de capacités que le maintien de l'autonomie.

3.3 Services spécialisés de réadaptation

Les services spécialisés de réadaptation s'adressent aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes au plan du langage, de la vision, de l'audition et de la motricité. Ces services sont assurés sur une base régionale selon une approche spécifique développée par les centres de réadaptation en déficience physique.

Les services spécialisés de réadaptation se caractérisent par :

- une approche globale de la personne et une approche écosystémique;
- une approche interdisciplinaire avec élaboration d'un plan d'intervention commun;
- des services s'intégrant dans un projet de vie découlant d'une reconstruction identitaire;
- des services par programmes avec expertises spécifiques;
- des services visant la participation de la personne à ses rôles sociaux.

Décrivons de façon plus détaillée les éléments qui caractérisent les services spécialisés de réadaptation.

³ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, *Orientations régionales en regard des services de 1^{re} ligne en réadaptation physique, Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine*, 2004.

3.3.1 Quatre grandes approches

Dans un document d'orientation⁴ produit par l'AERDPQ en 2000, quatre approches guidant les services des établissements de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique sont décrites. Brièvement, nous décrivons ces approches comme suit :

- **La reconstruction identitaire**

En raison de son effet majeur dans la vie d'une personne, la déficience physique provoque une remise en question fondamentale chez l'individu concerné. Le processus de réadaptation vise alors la réalisation d'un nouveau projet de vie de l'individu.

- **L'appropriation et l'autodétermination**

L'intervenant partage son expertise avec la personne et ses proches. Il encourage le développement des attitudes et des comportements qui permettent l'appropriation des savoirs et des savoir-faire (empowerment) en vue d'accroître la capacité de ces personnes à l'autodétermination, soit l'habileté à décider des choses qui les concernent.

- **Une approche écosystémique**

La personne ayant une déficience physique vit dans un système où elle interagit constamment avec son environnement familial et socioprofessionnel. Le processus de réadaptation doit s'intégrer dans ce système et considérer les proches de la personne comme des acteurs essentiels à l'atteinte des objectifs de réadaptation.

- **Une approche écologique**

L'importance de généraliser les acquis obtenus en réadaptation amène à privilégier une approche écologique. Les établissements de réadaptation ont opté pour une approche écologique. Les interventions sont effectuées dans les divers milieux de vie de la personne. Cette approche facilite l'intégration sociale, car elle permet à la personne une plus grande généralisation des nouveaux apprentissages dans des situations de vie réelles.

3.3.2 Objectifs globaux et spécifiques

Les services spécialisés de réadaptation visent l'ensemble des objectifs suivants :

- la récupération et le développement des capacités de la personne;
- le développement des aptitudes de la personne essentielles à la réalisation de ses habitudes de vie;
- la compensation des incapacités résiduelles de la personne, notamment par l'attribution d'aides techniques;
- la réduction des obstacles physiques et sociaux susceptibles de limiter la réalisation des habitudes de vie;
- l'intégration sociale;

⁴ AERDPQ, *Rôles des établissements de réadaptation en déficience physique*, Document d'orientation, 2000.

- l'adaptation de la personne à sa situation;
- l'adaptation de la famille et des proches;
- le soutien à l'intégration et à la participation sociale.

Il est à noter que la réalisation de ces objectifs ne se fait pas de façon linéaire. Ainsi, à titre d'exemple, le processus d'intégration sociale s'amorce durant la réadaptation fonctionnelle intensive. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, l'intervention doit agir non seulement sur la personne, mais aussi sur son environnement.

3.3.3 Équipe multidisciplinaire et approche interdisciplinaire

Les services spécialisés de réadaptation sont assurés par une équipe multidisciplinaire dont l'approche interdisciplinaire permet une vision globale de la personne et de son milieu.

3.3.4 Services par programmes

Les services spécialisés de réadaptation sont organisés par programmes selon :

- les types de déficience : du langage, visuelle, auditive et motrice;
- les catégories de clientèles : AVC, blessés médullaires, amputés, traumatisés crânio-cérébraux, ...
- les étapes du processus : réadaptation fonctionnelle intensive, intégration sociale,...

3.3.5 Expertise particulière

Les services spécialisés de réadaptation requièrent des professionnels qui ont développé une expertise particulière auprès des clientèles desservies et une habileté dans l'approche écosystémique.

3.3.6 Plan d'intervention individualisé

Suite aux diverses évaluations, l'équipe élabore, avec la participation de la personne ayant une déficience physique et de ses proches, un plan d'intervention visant le développement de l'autonomie personnelle et l'intégration sociale de la personne. Le plan d'intervention est élaboré à partir des besoins de la personne dans son environnement et en interaction avec son milieu et à partir de ses différents projets de vie.

3.3.7 Attribution des aides techniques

Le processus complet d'attribution d'aides techniques est intrinsèquement lié au processus de réadaptation. L'évaluation de la personne en fonction de la réalisation de ses habitudes de vie détermine l'attribution d'aides techniques qui lui permettront d'être plus autonome.

3.4 Services surspécialisés de réadaptation

Dans certains cas, des services surspécialisés peuvent être requis en raison des problématiques très complexes, du nombre très restreint de clients concernés ou de l'expertise concentrée. Pensons particulièrement aux personnes ayant une blessure médullaire ou un grave traumatisme crânio-cérébral. Pour ces personnes, les services de réadaptation sont rendus sur une base suprarégionale alors que l'adaptation, la réadaptation et le soutien à l'intégration se poursuivent au niveau des services régionaux. Ceci implique une coordination entre les différents volets de soins et de services en vue d'une accessibilité optimale pour l'utilisateur et d'une intégration harmonieuse entre les services de niveau régional et les services de niveau suprarégional. L'entente avec le Consortium de l'Est en traumatologie (BM et TCC) concernant les services à la population de la Gaspésie et des Îles établit le corridor de services, les rôles de chaque partenaire et les mécanismes de collaboration.

4. Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

4.1 Description de la clientèle

Les services de réadaptation fonctionnelle s'adressent à des personnes de tous âges qui, suite à un traumatisme ou une maladie, présentent des incapacités significatives et persistantes dues à une déficience motrice, ces incapacités occasionnant des limitations dans l'accomplissement des activités courantes et dans la réalisation des rôles sociaux.

La clientèle de la RFI est constituée presque exclusivement de personnes ayant une déficience du système nerveux ou du système musculo-squelettique. Les catégories de clients susceptibles de recourir aux services de RFI sont constituées principalement de :

- personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une autre atteinte neurologique (tumeur, sclérose en plaques, etc.),
- personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral modéré ou sévère,
- personnes ayant subi une amputation au niveau des membres,
- personnes ayant subi de multiples traumatismes au plan musculo-squelettique,
- personnes ayant une blessure médullaire, une arthrose rachidienne ou une lésion des disques intervertébraux,
- personnes ayant subi des brûlures majeures.

Il va de soi que la clientèle de la RFI doit posséder des possibilités de récupération et des capacités lui permettant de participer avec profit à des thérapies intensives. Décrivons de façon plus détaillée⁵ cette clientèle selon les catégories ci-haut présentées.

4.1.1 Personnes ayant un AVC ou autre atteinte neurologique

Une partie importante de la clientèle cible de la RFI est constituée de personnes ayant des incapacités importantes d'origine neurologique. Les causes principales de ces atteintes neurologiques sont généralement reliées à une maladie, à un événement accidentel ou à une anomalie congénitale. Elles sont d'étiologies différentes et de degrés de sévérité variables. Elles présentent donc une vaste gamme de tableaux cliniques reflétant les répercussions de ces atteintes neurologiques sur l'ensemble des aptitudes de la personne (intellect, langage, comportement, sens et perception, motricité, respiration, digestion, excrétion, reproduction, protection et résistance).

Les atteintes neurologiques les plus fréquentes chez la clientèle de la RFI sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC), tumeurs, sclérose en plaques.

Les répercussions d'une telle déficience peuvent se situer au niveau de l'accomplissement des activités quotidiennes et des rôles sociaux de la personne et signifient dans la plupart des cas une perte d'autonomie importante dans tous ses secteurs d'activités. L'étendue des lésions et les caractéristiques personnelles autant que les caractéristiques du milieu dans lequel vit la personne font apparaître des situations exigeant des apprentissages et des adaptations importants.

⁵ Tiré en partie d'un document de travail de M. Yvon LEGRIS du CR InterVal Mauricie – Centre-du-Québec.

4.1.2 Personnes ayant un TCC modéré et sévère

Le traumatisme crânio-cérébral représente une atteinte causée par une force physique extérieure qui déclenche une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel sont également observées. Les incapacités qui résultent du traumatisme peuvent être permanentes avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales. La récupération de la personne doit se faire au plan de son autonomie fonctionnelle ainsi qu'au plan de son fonctionnement social et de son intégration socioprofessionnelle.

La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'a pas la masse critique permettant au centre de réadaptation de recevoir les personnes ayant eu un TCC modéré et sévère en réadaptation fonctionnelle intensive. Toutefois, après un séjour à l'IRD PQ, les personnes poursuivent leur réadaptation dans la région. Lorsque la réadaptation fonctionnelle intensive sera organisée, certains usagers termineront leur RFI dans la région et poursuivront leur processus d'intégration sociale par la suite.

4.1.3 Personnes ayant subi une amputation

Une autre partie de la clientèle cible de la RFI est constituée de personnes ayant subi une amputation au niveau des membres. La cause de ces amputations est généralement reliée au diabète, à une maladie vasculaire ou infectieuse, à la présence d'une tumeur maligne ou à un événement traumatique important (engelure, accident). Les amputations les plus fréquentes se situent au niveau des membres inférieurs.

Plusieurs prérequis (équilibre, force, stabilisation du corps, changement de position, locomotion...) à l'accomplissement des habitudes de vie de la personne sont perturbés. Ces perturbations se manifestent à des niveaux, intensités et durées variables selon les caractéristiques de chaque individu et la précocité des soins et des services reçus suite à l'amputation. La douleur et la sensation de présence du membre amputé (membre fantôme) vont influencer le retour à l'autonomie pour l'ensemble des déplacements. La personne amputée à un membre inférieur se sent démunie vis-à-vis l'accès à son domicile et sa libre circulation à l'intérieur de celui-ci. Tous les déplacements d'un lieu à un autre nécessitent apprentissages et adaptations.

Pour les personnes amputées d'un membre supérieur, les habitudes de vie reliées aux soins personnels, à la nutrition et à la condition corporelle tout comme celles reliées au travail et aux loisirs seront tout autant perturbées.

La prise de conscience de cette réalité bouleversante et l'acceptation de la modification apportée à son identité corporelle se font de façon progressive. Cette nécessaire adaptation psychologique à cette perte d'intégrité physique se fait au rythme de chacun et influence l'évolution de la réintégration de la personne dans son milieu.

4.1.4 Personnes ayant subi de multiples traumatismes au plan musculo-squelettique

Un quatrième groupe de clientèle cible de la RFI est constitué de personnes ayant des incapacités d'origine musculo-squelettique. La cause de ces incapacités est souvent liée à un événement accidentel ou à un acte d'agression. Ces personnes présentent de multiples fractures. Elles sont aussi désignées blessées orthopédiques graves.

Chez la personne ayant des incapacités d'origine musculo-squelettique, la plupart des systèmes organiques peuvent être atteints à des niveaux plus ou moins importants. La quantité et l'importance des incapacités sont donc variables. La résistance à l'effort, la tolérance à la douleur, l'endurance physique et mentale sont particulièrement concernées, une gestion inadéquate des efforts à fournir entraînant souvent une fatigue physique vite perçue comme un sentiment d'échec.

Pour ces personnes, l'autonomie personnelle et socio-résidentielle se trouve grandement limitée en période post-traumatique en raison des nombreuses limitations motrices.

4.1.5 Personnes ayant une blessure médullaire, une arthrose rachidienne ou une lésion des disques intervertébraux

De façon générale, les personnes ayant une blessure médullaire ont eu une fracture de la colonne vertébrale ayant causé une atteinte à la moelle épinière.

Ces personnes deviennent paraplégiques (paralysie des membres inférieurs) si la fracture est située dans la partie inférieure de la colonne vertébrale ou quadraplégique (paralysie des quatre membres) si la fracture a lieu dans la partie supérieure de la colonne vertébrale.

Une arthrose rachidienne consiste en une destruction du cartilage qui relie les articulations de la colonne vertébrale. Celle-ci ne peut plus supporter le corps. Souvent une tige métallique est posée lors d'une intervention chirurgicale. En plus de la douleur, la personne a des limitations dans ses mouvements et parfois des pertes de sensibilité. Certaines lésions des disques intervertébraux peuvent causer une légère atteinte à la moelle épinière et la personne présente les mêmes problèmes que ceux énumérés ci-haut.

Les personnes paralysées des membres inférieurs ou ayant une affection grave de la colonne vertébrale doivent, la plupart du temps, se déplacer en fauteuil roulant. Cette perte d'autonomie a des implications majeures, en raison particulièrement des nombreux obstacles environnementaux. D'autres problèmes peuvent se manifester au plan de la douleur, de la perte de sensibilité, de l'excrétion, des fonctions sexuelles.

L'organisation provinciale des services de réadaptation s'adressant aux personnes ayant une blessure médullaire prévoit que la réadaptation fonctionnelle intensive de cette clientèle est concentrée à Montréal et à Québec. Toutefois, les établissements suprarégionaux ont davantage tendance à retourner les clients dans leur région pour finaliser le processus et, bien sûr, pour tout le volet adaptation et intégration sociale. Lorsque l'arthrose rachidienne ou la lésion de disques intervertébraux nécessite que le client soit référé en

réadaptation fonctionnelle intensive, celle-ci se fait en région, lorsque les services de RFI y sont implantés.

4.1.6 Personnes ayant subi des lésions importantes causées par des brûlures

Une plus petite partie de la clientèle cible de la RFI est constituée de personnes ayant subi des lésions importantes causées par une brûlure d'origine thermique, chimique ou électrique. Les personnes victimes de brûlures graves doivent accéder rapidement à des services médicaux spécialisés assurés par les centres des grands brûlés. Le potentiel de récupération est maximisé par un accès rapide à des services continus de réadaptation spécialisés. Le transfert en réadaptation ne signifie pas que le patient ne peut revenir en centre hospitalier pour des interventions chirurgicales ou d'autres soins de santé.

Ces personnes ont vécu un événement traumatique marquant et ressentent les effets du stress post-traumatique. Dans la phase initiale du traitement, les limitations physiques occasionnées par les brûlures sont importantes. La personne s'isole et entre difficilement en contact avec les autres, particulièrement si les cicatrices sont apparentes. La prise de conscience de cette réalité bouleversante et l'acceptation de la modification apportée à son identité corporelle se font de façon progressive. Cette nécessaire adaptation psychologique se fait au rythme de chacun et influence l'évolution de la réintégration de la personne dans son milieu.

Plusieurs aptitudes sont perturbées de façon plus ou moins permanente. Notons principalement celles reliées aux sens et à la perception, aux activités motrices, à la respiration, à l'excrétion, à la protection et à la résistance. Toutes les brûlures impliquant la surface d'une articulation sont susceptibles de développer des cicatrices rétractiles limitant le mouvement et entraînant une ankylose articulaire se répercutant sur de nombreux gestes quotidiens.

Les brûlures subies par inhalation donnent des troubles de la voix en affectant les cordes vocales, la musculature orale et la respiration. La communication orale est perturbée et une difficulté d'articulation apparaît si la langue et les lèvres sont atteintes. De plus, certaines personnes doivent réapprendre à s'alimenter (dysphagie).

4.2 Un processus global

*La réadaptation fonctionnelle intensive s'inscrit dans un processus soutenu et régulier d'intervention globale (bio-psychosociale), personnalisé, limité dans le temps, permettant à la personne dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité d'incapacités significatives et persistantes à la suite d'une déficience motrice, de développer ses capacités de façon maximale grâce à sa participation et à celle d'une équipe multidisciplinaire spécialisée.*⁶

Alors que la réadaptation précoce en milieu hospitalier vise la récupération des capacités de la personne, la réadaptation fonctionnelle intensive se réalise par la suite selon une approche globale. Après une évaluation des incapacités et du pronostic de récupération encore possible, un plan d'intervention est élaboré en tenant compte des déficiences, des

⁶ Ministère de la santé et de services sociaux, *Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice*, Québec, 1992.

incapacités, des facteurs environnementaux et des situations de handicap de l'individu. L'utilisateur participe activement à l'élaboration du plan d'intervention qui doit s'arrimer avec son plan de vie. En plus de viser une autonomie maximale et un retour dans le milieu de vie de l'utilisateur, la réadaptation fonctionnelle intensive doit permettre à l'individu de réaliser ses habitudes de vie et de poursuivre le plus possible sa participation sociale.

Durant la phase de réadaptation fonctionnelle intensive, l'individu peut recevoir des soins infirmiers et médicaux, participer à des thérapies intensives pour une récupération maximale de ses capacités, effectuer des exercices pour développer des aptitudes nécessaires à la réalisation de ses habitudes de vie et s'initier à l'utilisation d'aides techniques compensatoires. En même temps, les proches de la personne sont rencontrés et l'accessibilité à la résidence familiale est évaluée. Les adaptations requises pour le retour dans le milieu de vie sont définies. Il en est de même pour le soutien que nécessitera la personne. Durant tout ce temps, celle-ci et son entourage doivent s'adapter aux nouvelles réalités qui risquent de modifier leur mode de vie.

L'implication des partenaires est essentielle, particulièrement lors du retour de la personne dans son milieu de vie. Que ce soit pour assurer des soins et/ou de l'aide à domicile, pour soutenir la personne dans son intégration sociale ou pour l'aider à défrayer certains transports, le CSSS est présent activement dans ce processus global de réadaptation et de soutien à l'intégration. Parfois, des plans de services individualisés (PSI) sont élaborés pour coordonner la contribution des divers établissements et des organismes du réseau.

4.3 RFI interne et externe

De façon générale, du moins dans un premier temps, les services de RFI sont rendus en unité interne. L'état de santé de la personne, les soins infirmiers et médicaux requis et principalement les thérapies quotidiennes en réadaptation alors que la personne n'a pas encore récupéré toutes ses forces permettent difficilement de recevoir les services de RFI en externe. L'unité est aussi un milieu de vie où la personne fait l'apprentissage de l'autonomie au plan de ses activités quotidiennes.

Après quelques semaines en unité interne de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), certains usagers peuvent poursuivre leur réadaptation fonctionnelle intensive sur une base externe si le temps de déplacement est minime et si la personne a l'énergie nécessaire pour voyager et participer activement aux activités de réadaptation. Lorsque l'intensité des interventions diminue, il devient alors possible que celles-ci se réalisent en externe. C'est alors que le processus se poursuit au programme des services externes d'adaptation et de réadaptation.

4.4 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) dont il est ici question représente un volet de services du programme Déficience physique. La personne admise a donc des incapacités en lien avec une déficience physique. Elle doit de plus avoir des possibilités de récupération et les capacités suffisantes pour suivre des thérapies intensives. Les besoins de l'utilisateur doivent, il va de soi, justifier des services en unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Même si la condition médicale est stabilisée, des soins de santé sont jumelés aux services intensifs de réadaptation.

L'intensité des services de réadaptation et des soins médicaux et infirmiers requis constitue en effet une composante essentielle du programme URFI. Cette intensité est évaluée à une fréquence moyenne d'interventions de 4 à 5 fois/semaine. Elle se justifie par la complexité des problématiques de la clientèle. Cette complexité appelle d'ailleurs la mise à contribution d'une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécifique.

La durée du séjour en URFI devrait rarement excéder 90 jours. Elle est fonction du potentiel de récupération et des besoins de la personne. Les services en URFI prennent fin quand l'intensité des services spécialisés de réadaptation ne sont plus requis.

Comme déjà souligné, les interventions en RFI nécessitent l'implication d'une équipe multidisciplinaire formée de professionnels couvrant les différents champs d'expertise. Dans les URFI, les médecins et les infirmiers sont intégrés à l'équipe de réadaptation et tous les intervenants impliqués participent à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire avec la participation de l'utilisateur et de son entourage. Le CSSS doit aussi être impliqué afin de planifier durant la réadaptation fonctionnelle intensive les services de soutien qui permettront un retour rapide dans le milieu de vie, la réalisation des habitudes de vie et, par la suite, la participation sociale de la personne.

Il est important de noter que, durant un séjour en URFI, les contacts de l'utilisateur avec son milieu de vie sont maintenus le plus possible. Ainsi, la plupart des personnes en réadaptation fonctionnelle intensive retournent, du moins après quelques semaines, passer les fins de semaine à leur domicile, lorsque la situation le permet. En plus de tous les avantages au plan personnel, relationnel et motivationnel, les fins de semaine à domicile permettent de généraliser dans le milieu de vie les habiletés acquises en réadaptation et d'identifier les obstacles à la réalisation de ses activités.

Rappelons aussi que l'URFI est un milieu de réadaptation où se développe l'autonomie au plan des activités quotidiennes (soins personnels, alimentation, déplacement, communication, etc.). La personne applique dans les activités courantes les acquis en réadaptation et elle développe ses capacités à s'intégrer socialement.

5. Identification des besoins et services requis

Selon le cadre conceptuel du processus de production du handicap⁷, une incapacité correspond à la réduction d'une aptitude. Le RIPPH a déterminé dix (10) grandes catégories d'aptitudes selon qu'elles sont reliées :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. aux capacités intellectuelles, | 6. au langage, |
| 2. aux comportements, | 7. à la digestion, |
| 3. aux sens et à la perception, | 8. aux activités motrices, |
| 4. à la respiration, | 9. à la reproduction, |
| 5. à l'excrétion, | 10. à la protection et à la résistance. |

La description de la clientèle faite au point précédent nous indique déjà les divers besoins au plan des services de réadaptation spécifiques au centre de réadaptation. Une synthèse des besoins nous permet de dégager les services de RFI requis par cette population.

5.1 Synthèse des besoins de la clientèle de la RFI :

Besoins au plan de la santé

- maintien et amélioration de l'état de santé;
- guérison de plaies;
- modification des habitudes alimentaires.

Besoins au plan moteur

- récupération maximale des capacités motrices;
- accroissement de l'endurance, de la force, de la souplesse et de la coordination;
- apprentissages pour retrouver une autonomie au plan des habitudes de vie courantes; soins personnels, habillage, alimentation, etc.;
- aides techniques et adaptations pour compenser des incapacités résiduelles;
- adaptations de l'environnement de la personne.

Besoins au plan intellectuel

- récupération de fonctions intellectuelles dont la mémoire;
- recouvrement de la capacité de se situer dans le temps et dans l'espace;
- recouvrement des capacités de planifier et d'organiser des activités.

Besoins au plan du langage

- récupération et réapprentissage du langage;
- récupération et réapprentissage de la lecture et de l'écriture;
- apprentissage de modes de communication adaptés.

Besoins au plan du comportement

- réapprentissage des comportements de la vie courante;
- réapprentissage des comportements sociaux;
- rétablissement des capacités de relations interpersonnelles.

⁷ Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Classification québécoise : processus de production du handicap, 1998.

Besoins au plan de l'alimentation et de l'excrétion

- recouvrement de la capacité de s'alimenter;
- développement de la capacité de préparer des repas;
- fourniture d'aides techniques et d'adaptations pour favoriser l'autonomie;
- recouvrement du contrôle urinaire;
- apprentissage de l'évacuation des selles.

Besoins au plan de l'adaptation personnelle

- soutien dans le processus de deuil;
- reconstruction de son identité;
- élaboration d'un projet de vie;
- support personnel et familial.

Cette brève énumération de besoins est loin d'être exhaustive. Elle sert à indiquer les services requis en RFI afin que la personne puisse être le plus autonome possible dans ses habitudes de vie et capable d'assumer ses rôles sociaux.

5.2 Services régionaux requis en RFI

Afin de répondre aux besoins de la clientèle admissible, les services régionaux suivants sont requis en réadaptation fonctionnelle intensive :

- services médicaux;
- services infirmiers et d'assistance;
- services de physiothérapie;
- services d'ergothérapie;
- services d'orthophonie;
- services sociaux et psychologiques;
- services de neuropsychologie;
- services d'activité physique adaptée;
- services d'aides techniques (fauteuils roulants, aides AVQ – AVD, adaptations, etc.);
- services de soutien dans le milieu.

Il ne paraît pas essentiel de décrire davantage les services spécialisés de réadaptation qui sont au cœur de la réadaptation fonctionnelle intensive. Il convient toutefois de situer le rôle du médecin et du personnel infirmier dans le cadre d'une URFI.

Lorsque que l'utilisateur est transféré dans une URFI, il continue de requérir des soins de santé, même si son état s'est stabilisé. Le médecin fait une évaluation globale de la condition physique de la personne, décide des moyens diagnostiques à utiliser, assure le suivi pharmacologique (ex : rééquilibrage du taux de glycémie des personnes diabétiques) et il traite les problèmes de santé qui surviennent durant le séjour en RFI. Il est à noter que le recours aux services diagnostiques médicaux est peu fréquent durant le processus de RFI. Il y a toutefois la possibilité d'un suivi par un spécialiste qui est intervenu lors du séjour de l'utilisateur en centre hospitalier. Le médecin participe aux discussions de cas lorsque les membres de l'équipe ont besoin d'explications concernant l'état de santé de l'utilisateur ou lorsque l'on juge que l'avis du médecin peut influencer l'orientation du plan d'intervention.

Le personnel infirmier évalue régulièrement l'état de santé des usagers, détermine et assure la réalisation du plan de soins dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Il s'assure, en lien avec l'équipe multidisciplinaire, de la capacité de la personne à poursuivre sa RFI. Le personnel infirmier et d'assistance a aussi un rôle

important au plan du développement de l'autonomie de la personne. Il collabore activement à ce que les acquis en réadaptation soient transférés dans les activités quotidiennes et à ce que l'utilisateur utilise ses moyens de compensation afin d'accroître son autonomie.

Comme les services de RFI sont beaucoup assurés en interne, des services d'hébergement et d'hôtellerie sont requis. Les installations de l'URFI doivent aussi avoir des plateaux techniques, particulièrement en physiothérapie, en ergothérapie et en activité physique adaptée.

6. La région et ses ressources

6.1 Portrait de la région Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

La région Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine a une population de 97,631 habitants dispersés dans un grand territoire. Aucune municipalité n'a une grande masse de population et ne représente un pôle d'attraction régionale. La grande distance entre les divers territoires locaux explique le positionnement géographique des établissements et leur forme d'organisation de services. Il convient de rappeler aussi que la population de la région est en décroissance et son vieillissement en forte croissance. En raison du plus grand nombre d'incapacités chez les personnes de 65 ans et plus, cette évolution démographique aura des répercussions sur les services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Depuis la récente réorganisation des services, la région compte cinq Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

- **Le CSSS de la Baie-des-Chaleurs**

Le territoire comprend les secteurs de Bonaventure et d'Avignon dont la population est de 34,078 habitants, soit 34.9% de la population régionale.

- **Le CSSS de La Côte-de-Gaspé**

La population du territoire est de 20,200, soit 20.7% de la population régionale.

- **Le CSSS de La Haute-Gaspésie**

Sa population est de 12,550 habitants représentant 12,9% de la population régionale.

- **Le CSSS du Rocher-Percé**

Ce territoire a une population de 18,100 habitants et représente 18.5% de la population régionale.

- **Le CSSS des Îles-de-la-Madeleine**

L'archipel des Îles-de-la-Madeleine comprend 12,703 habitants, soit 13% de la population régionale.

Nous retrouvons à l'annexe 1 une carte indiquant les établissements et missions d'établissements présents dans les divers territoires de la région.

6.2 Ressources régionales en réadaptation

Actuellement, il n'y pas de services structurés de RFI dans la région. Il est toutefois important de faire l'inventaire des services de réadaptation offerts dans la région, en lien avec la clientèle ayant des incapacités motrices.

6.2.1 Centres de santé et de services sociaux

Les cinq centres de santé et de services sociaux offrent des services de réadaptation dans leur mission hospitalière (CH), dans leur mission communautaire (CLSC) et dans leur mission hébergement (CHSLD – RI – RTF). Ces services sont assurés par des intervenants en réadaptation qui travaillent en collaboration avec les autres professionnels oeuvrant au CSSS.

MISSION HOSPITALIÈRE (CH)

Les CSSS offrent, dans leur volet centre hospitalier :

- Des services internes de réadaptation pour la clientèle hospitalisée. Ces services s'adressent aux personnes présentant des incapacités suite à une maladie ou une opération. Il peut s'agir d'incapacités temporaires, d'incapacités susceptibles de demeurer significatives et persistantes ou d'incapacités liées au vieillissement de la personne.
- Des services externes courants de réadaptation pour la population présentant des incapacités temporaires. Ces services s'adressent aussi, de façon ponctuelle, à des personnes ayant des maladies évolutives entraînant des limitations. Ils sont, de plus, offerts pour maintenir des acquis et conserver l'autonomie des personnes ayant des incapacités permanentes.

Considérant que la réadaptation fonctionnelle intensive n'est pas implantée dans la région, les centres hospitaliers prolongent à l'occasion la durée de séjour afin d'offrir certains services de réadaptation auprès d'usagers (ex : AVC) qui devraient être référés en RFI.

Les services de réadaptation sont assurés dans l'ensemble des milieux hospitaliers par des services de physiothérapie et d'ergothérapie. Des services d'audiologie sont aussi existants, ce à des degrés variables, dans les divers territoires, excepté celui du Rocher-Percé. Certains services d'orthophonie sont assurés au centre hospitalier de La Haute-Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Pour fournir l'ensemble de ces services de réadaptation, les centres hospitaliers ont évidemment les plateaux techniques requis en physiothérapie, en ergothérapie et en audiologie.

MISSION COMMUNAUTAIRE (CLSC)

Les établissements, dans leur mission CLSC, offrent des services de réadaptation dans le milieu de vie des personnes qui requièrent de tels services. Ceux-ci s'adressent surtout aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente avec incapacités modérées ou sévères. Ces services de réadaptation visent le maintien ou la consolidation des acquis et des capacités fonctionnelles afin que les personnes concernées puissent conserver leur autonomie et vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Dans certains territoires, des activités de réadaptation physique sont réalisées en centre de jour. Les services de réadaptation de la mission CLSC sont constitués des services de physiothérapie et d'ergothérapie. De plus, tous les CSSS ont des orthophonistes qui oeuvrent auprès des jeunes enfants ayant des problèmes de développement du langage.

MISSION HÉBERGEMENT (CHSLD – RI – RTF)

Les services de réadaptation en milieu d'hébergement visent la récupération des capacités de la personne suite à une maladie ou une chirurgie et le maintien de ses capacités fonctionnelles. Les services de réadaptation en milieu d'hébergement favorisent une plus grande autonomie et une meilleure qualité de vie des résidents. Toutefois, les services de physiothérapie et d'ergothérapie et, dans certains cas, d'éducateurs, sont assurés de façon inégale et insuffisante.

6.2.2 Centre de réadaptation de la Gaspésie

L'organisation des services externes spécialisés de réadaptation en déficience physique (moteur, visuel, auditif et langage) est déployée sur l'ensemble du territoire.

Pour répondre aux besoins diversifiés de la clientèle, les services externes spécialisés de réadaptation en déficience physique sont assurés par une équipe multidisciplinaire, par territoire de MRC, composée d'un éducateur, d'un ergothérapeute, d'un orthophoniste, d'un physiothérapeute et d'un travailleur social. Puisque le territoire de la région 11 est subdivisé en six (6) territoires de MRC, six (6) équipes multidisciplinaires sont créées, ce qui accroît la disponibilité et l'accessibilité aux services pour la clientèle.

Viennent en appui à ces équipes locales, des professionnels à expertise spécifique provenant de diverses disciplines (optométrie, audiologie, neuropsychologie, psychologie, basse-vision, communication adaptée, orientation et mobilité, technicien en orthèse et prothèse). Ces professionnels ont à jouer un rôle régional ou sous-régional en raison de leur expertise.

L'encadrement clinico-administratif des équipes multidisciplinaires est fait sur une base locale de MRC et celui des spécialistes régionaux ou sous-régionaux est fait sur une base régionale.

Pour offrir des services externes spécialisés de réadaptation à la clientèle en déficience physique, le Centre de réadaptation de la Gaspésie a mis en place des plateaux techniques au sein de ses installations dans chacun des territoires de MRC. Nous retrouvons donc à Sainte-Anne-des-Monts, Gaspé, Fatima, Chandler, Bonaventure et Maria des infrastructures en termes d'espace, d'équipements et de matériel, nous permettant ainsi de desservir actuellement la clientèle externe.

7. Clientèle régionale potentielle pour les services de RFI

Nous n'avons pas de données précises pour cerner la clientèle régionale qui devrait bénéficier des services de RFI. Certains documents ont déjà utilisé des taux d'incidence de maladies et d'incapacités. Ces taux ne permettent toutefois pas de dégager le nombre de personnes ayant potentiellement besoin de services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Une donnée plus près de la réalité est le nombre de personnes hospitalisées ayant eu un diagnostic susceptible d'entraîner des incapacités significatives et persistantes. La banque de données MED-ECHO permet de dénombrer cette clientèle dans les centres hospitaliers de la région. Il est toutefois difficile de traduire avec grande précision le pourcentage de cette clientèle requérant des services de RFI.

Une approche complémentaire nous permet de cerner de façon assez précise la clientèle potentielle des services de RFI. Il s'agit de regrouper des données provenant de centres de réadaptation offrant des services de RFI en région. Ces données constituent des éléments de référence pour estimer la clientèle de la région. Il a donc été demandé à sept (7) centres de réadaptation situés dans des régions qui nous apparaissent plus comparables aux réalités de la région de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, de nous fournir des données sur leur URFI.

7.1 Données à partir des diagnostics d'hospitalisation

La Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue a identifié, avec l'aide d'experts, une liste de diagnostics et de codes CIM correspondant aux maladies ou déficiences susceptibles d'entraîner des incapacités significatives et persistantes.

À partir de cette liste, nous avons identifié neuf groupes de diagnostics (annexe 2) pour lesquels des personnes pourraient avoir besoin de services de RFI. Des données d'hospitalisation provenant des établissements de la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ont permis de dégager ces diagnostics d'hospitalisation par centre hospitalier, par territoires de résidence (CLSC) et par groupes d'âge. Les annexes 3 et 4 présentent les tableaux fournis par l'Infocentre régional GIM.

Sont illustrés au tableau 1, le nombre total d'hospitalisations en Gaspésie et aux Îles en 2002-2003 par diagnostics et par territoires de résidence. Ces données comprennent entre autres, des cas de TCC modéré et sévère ainsi que des problèmes graves de la colonne vertébrale. Parmi ceux-ci, seulement trois personnes ont eu une lésion médullaire. Il convient aussi de se questionner concernant le grand nombre d'arthrose rachidienne ou de lésions des disques intervertébraux qui auraient été diagnostiqués au CHBC (voir annexes 3 et 4), d'autant plus que la grande majorité de ces diagnostics auraient été posés chez des personnes de 75 ans et plus.

TABLEAU 1 - Nombre total d'hospitalisations, selon les catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine (MED-ECHO, 2002-2003)

Centre de santé et de services sociaux		AVC	Pr. grave colonne	TCC	Trauma multi	Sclérose	Brûlures	Total	%
Haute-Gaspésie		24	4	4	2	3	5	42	15
Îles-de-la-Madeleine		18	2	2	2	4	0	28	10
Baie des Chaleurs	Avignon	11	8	5	2	2	1	29	11
	Bonaventure	35	5	10	3	5	2	60	22
Côte-de-Gaspé		34	2	10	6	4	2	58	21
Rocher-Percé		31	5	7	6	3	7	59	21
TOTAL		153	26	38	21	21	17	276	100
%		55	9	14	8	8	6	100	

Les diagnostics d'AVC représentent 55% des 276 hospitalisations alors que les autres catégories de diagnostics constituent entre 14% et 6% des motifs d'hospitalisation.

Le pourcentage d'hospitalisations enregistré dans chacun des cinq CSSS correspond, à peu de choses près, au pourcentage de la population des cinq territoires (section 6.1).

Le tableau suivant (tableau 2) présente les mêmes diagnostics d'hospitalisation selon le groupe d'âge.

TABLEAU 2 - Nombre total d'hospitalisations selon les catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le groupe d'âge (MED-ECHO, 2002-2003)

Groupe d'âge	AVC	Pr. grave colonne	TCC	Trauma multi	Scierose	Brûlures	Total	%
0 – 17 ans	0	0	8	2	0	9	19	7
18 – 44 ans	4	4	9	11	8	0	36	13
45 – 64 ans	35	8	9	6	10	4	72	26
65 – 74 ans	37	2	3	2	3	2	49	18
75 ans et +	77	12	9	0	0	2	100	36
TOTAL	153	26	38	21	21	17	276	100
%	55	9	14	8	8	6	100	

Il est à noter que 50% des personnes ayant eu un AVC ont 75 ans et plus. Celles-ci n'ont pas toutes la santé, les capacités et le potentiel de récupération leur permettant de bénéficier de la RFI. La moitié des traumatismes multiples se situe dans la catégorie des 18-44 ans.

Comme nous l'avons souligné antérieurement, il est difficile de déterminer quel nombre parmi ces 276 personnes requièrent des services de RFI. Les données obtenues auprès de régions où le centre de réadaptation a une URFI nous permettront de cerner davantage le nombre potentiel d'usagers de RFI pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

7.2 Données provenant de centres de réadaptation ayant une URFI

Les données des centres de réadaptation ayant une URFI proviennent des régions du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac St-Jean, de la Mauricie-Centre-du-Québec, de l'Estrie, de l'Outaouais, de l'Abitibi et de Chaudière-Appalaches. Leur précieuse collaboration a permis de dégager des données qui serviront à identifier la clientèle potentielle en RFI dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

7.2.1 Nombre de lits

Dans un premier temps, analysons le nombre de lits de RFI par région pour établir un nombre moyen de lits par 100 000 habitants. Pour cette partie de

l'étude, nous avons considéré l'ensemble de lits de RFI dans chaque région étudiée, soit ceux du centre de réadaptation et ceux dont les services sont assurés par d'autres types d'établissements. Comme la région du Saguenay – Lac St-Jean n'a pas terminé l'implantation de l'ensemble de ses services de RFI, nous ne l'avons pas incluse dans le tableau visant à calculer la moyenne de lits par 100,000 habitants.

TABLEAU 3 - Nombre de lits d'URFI par région et moyenne par 100,000 habitants

Région	Population	N de lits d'URFI	N lits d'URFI par 100 000 habitants(1)
Bas St-Laurent	204 500	34	17
Mauricie-Centre-du-Québec	450 000	79	18
Estrie	295 300	36	13
Outaouais	328 500	37	12
Abitibi	150 000	28	19
Chaudières-Apalaches	394 000	48	13
Moyenne de lits par 100 000 habitants			16

(1) Le nombre a été arrondi au chiffre entier supérieur.

Nous constatons un écart entre les régions en ce qui concerne le nombre de lits de RFI par 100,000 habitants. Nous ne possédons pas les éléments nous permettant d'expliquer ces écarts. Possiblement que des liens peuvent être faits avec les modèles d'organisation de services et les modes de services existants. De plus, pour apprécier le nombre de lits, on doit tenir compte du taux d'occupation de ces derniers. Ainsi, l'Abitibi, qui a le plus grand nombre de lits par 100,000 habitants, a le taux d'occupation le plus faible pour l'année 2003-2004. Le taux moyen d'occupation des lits dans les URFI des six centres de réadaptation étudiés est de 80 %.

7.2.2 Admissions et durées de séjour

Les données de six (6) régions, la septième ayant une implantation trop récente pour avoir des données significatives, indiquent que le nombre moyen d'admissions par lit est de 5,2 usagers par année. La durée moyenne de séjour est de 60 jours. Il est à noter qu'une région a une durée moyenne de séjour de 45 jours, alors que la plus longue durée moyenne de séjour pour une région est de 88 jours.

7.2.3 Catégories et âge des clients

Cinq établissements ont fourni des informations concernant les catégories de personnes ayant été admises à l'URFI du centre de réadaptation de la région. Le regroupement des informations nous permet de dégager le pourcentage d'admis à l'URFI par catégorie de clientèles.

- Accidents vasculaires-cérébraux (AVC) : 51%
- Personnes ayant subi une amputation : 15%
- Traumatismes ou fractures multiples (BOG) : 10%
- Traumatismes crânio-cérébraux (TCC) : 7%
- Autres types de problématiques : 17%

L'âge moyen des usagers admis à l'URFI est de 60 ans. La répartition en fonction des catégories d'âge est la suivante :

Moins de 21 ans :	4%
21 ans à 64 ans :	50%
65 ans et plus :	46%

Il est à noter que les enfants en bas âge ayant besoin de RFI ne séjournent pas en URFI régionale. Certains sont admis au Centre Marie-Enfant (Montréal) ou au Centre Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ. Lorsqu'ils reçoivent leurs services de RFI en région, les enfants demeurent dans leur famille, dans une ressource de type familial (famille d'accueil) ou au département de pédiatrie du centre hospitalier.

7.2.4 Ressources humaines cliniques oeuvrant à l'URFI

Les ressources humaines oeuvrant à l'URFI comprennent les services de soins de santé et d'assistance ainsi que les services de réadaptation. Les services support seront considérés au point suivant.

Cinq établissements ont fourni des données concernant les ressources humaines affectées à l'URFI. Le nombre total des diverses catégories de personnel a été ramené à une moyenne par 16 lits.

TABLEAU 4 – Nombre d'ETC par catégorie d'employés pour 16 lits d'URFI

Catégorie de personnel	Nombre moyen d'ETC/semaine pour 16 lits d'URFI
Infirmier	3,8
Infirmier auxiliaire	5,1
Préposé aux bénéficiaires	1,8
Physiothérapeute	2,0
Ergothérapeute	2,0
Orthophoniste	0,8
Psychologue - neuropsychologue	0,4
Éducateur spécialisé ou physique	1,0
Service social	0,8

Il est à noter que les ressources affectées aux soins infirmiers et d'assistance sont réparties sur 7 jours par semaine et 24 heures par jour.

Un examen plus détaillé des données des centres de réadaptation concernant les ressources humaines affectées à l'URFI indique que la proportion de personnel infirmier et d'assistance est plus petite lorsque l'URFI a un plus grand nombre de lits. Ainsi, deux URFI d'une moyenne de 16 lits utilisent en moyenne 14.4 ETC en soins infirmiers et d'assistance alors que trois autres ayant une moyenne de 36 lits utilisent en moyenne 9.4 ETC en soins infirmiers et d'assistance par 16 lits.

7.3 Données applicables à la région GIM

7.3.1 Nombre de lits

Les données recueillies auprès de centres de réadaptation ayant une URFI nous amènent à estimer que la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine devrait avoir environ 16 lits d'URFI, soit la moyenne des régions étudiées.

7.3.2 Nombre d'utilisateurs

Le nombre potentiel d'admissions se situerait aux alentours de 84 utilisateurs par année, considérant la moyenne de 5.2 utilisateurs par lit par année observée dans les régions étudiées. Si l'on compare ce nombre potentiel aux 276 hospitalisations dénombrées dans la région, cela signifie qu'environ le tiers des personnes ayant eu un diagnostic susceptible d'entraîner des incapacités significatives et persistantes pourrait avoir recours aux services de RFI.

7.3.3 Types de clientèle

Considérant les données recueillies auprès des établissements et les particularités de la région (vieillesse de la population, les cas de TCC admis à l'extérieur de la région, sinon exceptionnellement en fin de séjour...), on peut estimer que la clientèle admise en RFI sera composée d'environ :

- 55% d'accidents vasculaires-cérébraux (AVC)
- 15% de personnes ayant subi une amputation
- 13% de traumatismes ou blessures multiples (BOG)
- 17% d'autres types de clientèle

Ces données sont présentées à titre indicatif, mais elles sont suffisamment significatives pour guider l'organisation régionale de la RFI.

8. Critères, modèles et scénarios d'organisation de la RFI

8.1 Critères qui doivent guider l'organisation des services de la RFI

L'organisation des services sur un territoire doit répondre à des objectifs d'accessibilité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Quelques critères doivent guider le modèle d'organisation des services.

8.1.1 Accessibilité des services

L'accessibilité des services est un élément important à tenir compte dans l'organisation des services. Le facteur distance est une dimension souvent déterminante qui fait en sorte qu'une personne utilise ou non des services requis par sa condition. Toutefois, les personnes sont davantage disposées à se déplacer pour avoir accès à des services plus spécialisés.

Il est pertinent de rappeler que l'information concernant les services existants, des mécanismes de référence souples et des protocoles interétablissements sont aussi des moyens qui favorisent l'accessibilité des services.

8.1.2 La complexité des besoins et l'expertise nécessaire

Comme il a été décrit, les besoins de la clientèle de la RFI sont complexes et variés. Les interventions se font selon une approche écosystémique et certaines activités de réadaptation exigent une expertise particulière et une approche spécifique.

8.1.3 Le volume de clientèle admissible

Le volume de clientèle admissible dans un territoire donné est un critère important dans l'élaboration d'un plan d'organisation de services. Un certain volume de clientèle est nécessaire pour assurer l'efficience des services et pour développer et maintenir l'expertise requise.

8.1.4 Les conditions facilitant l'approche de la RFI

Certaines conditions peuvent faciliter l'application de l'approche et du programme RFI. Ainsi, le regroupement des lits de la RFI et la présence de personnel infirmier et d'assistance affecté de façon spécifique à cette clientèle permet un meilleur transfert des acquis de la réadaptation dans les activités de la vie courante et une plus grande prise en charge de l'individu par lui-même.

L'organisation physique, matérielle et fonctionnelle de la RFI doit permettre la participation active des usagers à des activités quotidiennes qui favorisent des apprentissages susceptibles d'accroître l'autonomie de la personne. Pensons au petit déjeuner que les usagers peuvent aller se préparer dans une cuisine adaptée. Pensons à des activités de loisirs réalisées en petits groupes. L'URFI doit être le plus possible un milieu de vie qui favorise l'acquisition de la plus grande autonomie possible.

8.1.5 Approche réseau et continuum de services

La réadaptation fonctionnelle intensive nécessite une approche réseau impliquant divers établissements. Il est important aussi que le continuum des services soit bien assuré, particulièrement entre la réadaptation précoce, la réadaptation fonctionnelle intensive, les services externes de réadaptation et les services de soutien à l'intégration dans le milieu.

8.1.6 Les ressources requises disponibles

La réadaptation fonctionnelle intensive requiert, en plus des ressources humaines, plusieurs autres types de ressources : espaces, lits, équipements, plateaux techniques, services d'hôtellerie, etc. La région doit assurer une utilisation efficiente des ressources existantes, ce qui peut donner lieu à des ententes entre établissements.

8.1.7 Les caractéristiques de l'environnement

Les éléments caractéristiques de l'environnement peuvent influencer le modèle d'organisation de services. Il en est ainsi de la dispersion et de la densité de la population, des lieux de consommation des biens et services, de la localisation des institutions et des facilités de déplacement.

8.2 Divers modèles d'organisation des URFI

Nous ne retrouvons pas, dans les diverses régions, un modèle unique d'organisation des unités de réadaptation fonctionnelle intensive. De nombreux facteurs ont amené plusieurs d'entre elles à adopter des modèles différents. Une brève analyse de ces modèles peut se faire selon deux axes : la concentration ou le nombre d'unités et les modalités de gestion.

8.2.1 Concentration des services

Certaines régions (Outaouais, Estrie, Saguenay-Lac-St-Jean) ont concentré leurs services de RFI en un seul lieu géographique.

D'autres régions (Bas St-Laurent, Chaudières-Appalaches et Mauricie-Centre-du-Québec) ont une URFI plus importante là où il y a une concentration de la population et une URFI d'une douzaine de lits dans une autre partie du territoire. La région Mauricie-Centre-du-Québec a même trois de ces unités secondaires, la principale unité ayant un mandat plus régional.

La région de l'Abitibi a une unité régionale de 12 lits et 16 autres lits sont répartis dans les centres hospitaliers de cinq MRC.

8.2.2 Modes de gestion

Dans quelques régions (Outaouais, Saguenay-Lac-St-Jean, Bas St-Laurent), l'établissement opérant le centre de réadaptation en déficience physique gère toutes les composantes de l'URFI.

Dans les régions Mauricie-Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches, le centre de réadaptation opérant l'URFI a une entente de services avec un autre établissement du réseau (CHSLD) qui fournit les locaux et les services d'hôtellerie.

Dans d'autres régions dont la Montérégie et Lanaudière, un CHSLD ou un CHCD met à la disposition du centre de réadaptation des unités d'une douzaine de lits et il fournit, par entente, les services hôteliers et les services hospitaliers (médecins, infirmiers, nutritionniste,...). Le centre de réadaptation gère le programme de RFI et coordonne l'équipe multidisciplinaire en plus de fournir les professionnels de la réadaptation.

Enfin, en Abitibi, le mandat du centre de réadaptation est assumé en partenariat avec les établissements du réseau. Ces derniers fournissent non seulement les lieux physiques, les services hôteliers et les services hospitaliers, mais aussi la majorité des professionnels de la réadaptation. Le centre de réadaptation assume le leadership de la RFI, quoique plus difficilement pour les lits répartis dans les centres hospitaliers.

8.3 Scénarios d'organisation de la RFI

Nous inspirant des modèles existants, nous avons dégagé des scénarios d'organisation de la RFI qui tiennent compte des services requis et des particularités de la région. Nous avons conservé les deux principaux paramètres, soit le volet concentration des services de RFI et le volet des modes de gestion. Pour chacun des paramètres, trois scénarios sont analysés en résumant les avantages et les inconvénients.

8.3.1 Concentration des services de RFI

Afin de statuer sur le niveau de concentration des services de RFI, il convient de distinguer les services à deux groupes d'usagers admissibles, soit la clientèle régionale et la clientèle sous-régionale.

8.3.1.1 Clientèle régionale

En raison du faible volume de clientèle et de l'expertise requise, les services en URFI s'adressant aux personnes amputées, aux personnes ayant eu un TCC (2^{ième} phase), aux personnes ayant un problème sévère à la colonne, aux personnes brûlées et aux personnes ayant des blessures multiples complexes, doivent être concentrés dans une seule unité de RFI. Cette clientèle représente environ 25% des usagers en URFI.

Si nous maintenons l'hypothèse de 16 lits de RFI dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (point 7.3.1), quatre lits à vocation régionale devraient être assignés à la clientèle régionale

décrite au paragraphe précédent. Ces lits à vocation régionale seraient bien sûr intégrés à une URFI desservant les autres types de clientèles.

8.3.1.2 Clientèle sous-régionale

L'autre groupe de clientèle de la RFI est composé principalement de personnes ayant eu un AVC, celles-ci représentant presque les trois quarts de ce groupe de clientèle. Les autres types d'utilisateurs sont des personnes ayant des traumatismes ou blessures multiples moins complexes, des personnes ayant la sclérose en plaques en période de crise sévère, des personnes présentant d'autres types de problèmes neurologiques (ex. tumeur) ou neuromusculaires.

Avant d'analyser les scénarios de distribution de services de RFI à ces groupes de clientèle, il convient de préciser les critères spécifiques d'analyse des modèles proposés.

8.3.1.3 Critères spécifiques d'analyse

Pour analyser les scénarios reliés à la concentration des services, les cinq critères suivants ont été retenus :

- Une accessibilité des services de RFI;
- Le développement et le maintien de l'expertise requise pour assurer des services de qualité;
- Les conditions favorables à l'application de l'approche et du programme de RFI;
- La proximité et la possibilité de contacts de l'utilisateur avec son milieu;
- Une utilisation efficace des ressources affectées à la RFI.

Trois scénarios de distribution des services de RFI ont été identifiés.

A- Une seule unité régionale regroupant tous les lits de RFI dont les quatre lits régionaux et assurant les services à tous les types de clientèles de l'ensemble de la région.

B- Deux unités de RFI, l'une dans la partie est de la région et l'autre dans la partie ouest, les quatre lits régionaux s'ajoutant à l'une des unités.

C- Une unité régionale regroupant huit lits de RFI dont les quatre lits régionaux et répartition des huit autres lits dans certains CSSS.

Le tableau 5 dégage les avantages et inconvénients des trois scénarios et le tableau 6 permet d'en faire une brève synthèse en fonction des cinq critères spécifiques.

TABEAU 5 - Scénarios reliés à la concentration des services : avantages en inconvénients

Scénarios	Avantages	Inconvénients
A- Une seule unité régionale regroupant tous les lits de RFI dont les quatre lits régionaux et assurant les services à tous les types de clientèles de l'ensemble de la région.	▪ Un volume plus élevé favorise le développement et le maintien de l'expertise. ▪ La concentration des lits permet une plus grande efficacité au plan de l'utilisation des ressources. ▪ Permet des postes à temps complet dans plus de disciplines. ▪ Le regroupement des lits requiert la présence de deux physiothérapeutes et de deux ergothérapeutes, ce qui favorise le maintien de services en l'absence d'une de ces personnes. ▪ Favorise l'application de l'approche et du programme de RFI.	▪ Problèmes d'accessibilité des services en raison de la dispersion de la population et des grandes distances. ▪ Plus de rétention de clients dans les centres hospitaliers de certains territoires (CSSS). ▪ Favorise moins que certains usagers gardent contact avec leur entourage et qu'ils retournent dans leur milieu durant les fins de semaine. ▪ Plus de temps et de frais de déplacement pour assurer le retour de la personne dans son milieu.
B- Deux unités de RFI, l'une dans la partie est de la région et l'autre dans la partie ouest, les quatre lits régionaux s'ajoutant à l'une des unités. La première unité couvrirait les secteurs de La Côte-de-Gaspé, du Rocher-Percé et des Îles-de-la-Madeleine (48% de la population de la région) alors que la deuxième unité couvrirait le secteur de la Baie-des-Chaleurs et celui de la Haute-Gaspésie (52% de la population de la région). Les douze (12) lits sous-régionaux seraient répartis également dans les deux unités, ce qui, avec l'ajout des lits régionaux, constituerait une unité de dix (10) lits et une unité de six (6) lits.	▪ Accessibilité favorisée en raison de la diminution des distances. ▪ Moins de rétention dans les territoires (CSSS). ▪ Volume suffisant pour développer et maintenir une expertise, tant au plan de la clientèle régionale que de la clientèle sous-régionale. ▪ Favorise une application de l'approche et du programme de RFI. ▪ Favorise que la clientèle sous-régionale garde contact avec son entourage et qu'elle retourne dans son milieu les fins de semaine. ▪ Le nombre de lits justifie une équipe permanente affectée à l'unité.	▪ La présence de deux unités de RFI favorise moins l'efficacité au plan de l'utilisation des ressources. ▪ Complexité possible d'ententes avec le CSSS concernant les soins infirmiers et d'assistance, principalement pour la plus petite unité. ▪ La présence d'un seul professionnel en physiothérapie et en ergothérapie dans la plus petite unité rend plus exigeant le maintien de ces services en l'absence d'une des personnes.
C- Une unité régionale regroupant huit lits de RFI dont les quatre lits régionaux et répartition des huit autres lits dans certains CSSS. Il est à noter que certaines clientèles (ex : les amputés) iraient nécessairement à l'unité régionale de RFI.	▪ Maintien d'une unité incluant les lits pour la clientèle régionale, qui permet le développement de l'expertise et l'application de l'approche et du programme de RFI. ▪ Maintien d'une équipe permanente. ▪ Certains services assurés plus près de la population. ▪ Certains usagers gardent plus de contacts avec leur entourage et ils peuvent plus facilement retourner chez eux.	▪ La répartition de lits dans les CSSS ne permet pas un volume qui assure le développement et le maintien de l'expertise. ▪ L'affectation d'un petit nombre de lits en CSSS favorise moins l'application de l'approche et du programme de RFI. ▪ Le peu d'usagers en RFI dans un CSSS ferait en sorte que les professionnels de la réadaptation n'y travailleraient que quelques heures par jour pour certains et par semaine pour d'autres. ▪ La nécessité d'assurer des services intensifs sur cinq jours par semaine à des usagers admis dans les lits situés aux CSSS amènerait une utilisation non efficace des ressources professionnelles et des coûts supplémentaires.

TABLEAU 6 – Scénarios reliés à la concentration des services : analyse

Critères	Scénarios		
	A	B	C
	1 URFI de 16 lits	2 URFI de 10 et 6 lits	1 URFI de 8 lits et 8 lits répartis dans des CSSS
Accessibilité	- -	+	+ +
Expertise	+ +	+	-
Conditions favorables à l'approche de la RFI	+	+	-
Proximité et possibilité de contacts de l'utilisateur avec son milieu	-	+	+ +
Utilisation efficiente des ressources	+ +	+	-
<i>Légende : + + Très satisfaisant + Satisfaisant - Peu satisfaisant - - Insatisfaisant</i>			

Les données de l'analyse et de l'évaluation synthèse permettent de dégager les éléments suivants :

- **Le scénario A**, soit une seule unité de 16 lits, est avantageux au plan du développement et du maintien de l'expertise et de l'utilisation efficiente des ressources, mais il pose un problème important au plan de l'accessibilité aux services et de la rétention éventuelle dans les CSSS. De plus, les possibilités de contacts de l'utilisateur avec son milieu sont difficiles pour une partie des usagers.
- **Le scénario B**, soit une unité de 10 lits constituée de 4 lits régionaux et de 6 lits sous-régionaux et d'une autre unité de 6 lits sous-régionaux, comporte plusieurs avantages tout en n'ayant pas d'inconvénient significatif. D'abord, une URFI dans l'Est du territoire et une autre dans la partie ouest permettent une accessibilité sans beaucoup de rétention aux centres hospitaliers des territoires et les possibilités de contacts des usagers avec leur milieu sont favorisées pour la grande majorité des usagers. De plus, les deux unités offrent des conditions favorables à l'approche de la RFI. Enfin, ce scénario constitue une utilisation assez efficiente des ressources en autant qu'il y ait une entente de services concernant les services infirmiers et d'assistance de l'unité de six lits. Le regroupement de clientèles régionales et la présence d'unités de six lits pour la clientèle sous-régionale permettent le développement et le maintien de l'expertise.

- **Le scénario C**, soit une unité de 8 lits et des lits répartis dans des CSSS, assure une accessibilité sans rétention et une plus grande possibilité de contacts de l'usager avec son milieu, mais les lits répartis dans des CSSS rendent plus difficile le développement de l'expertise et n'offrent pas de conditions physiques, matérielles et fonctionnelles favorables à l'approche de la RFI. De plus, cette hypothèse n'amène pas une utilisation efficiente des ressources.

8.3.2 Modes de gestion

Avant de préciser des scénarios au plan de la gestion de la RFI et de les analyser, identifions les critères plus spécifiques qui serviront à analyser les divers modes de gestion.

8.3.2.1 Critères d'évaluation des modes de gestion

Les cinq critères spécifiques suivants ont été retenus pour analyser les scénarios des modes de gestion.

- Un mode de gestion favorisant une application de l'approche et du programme de la RFI;
- La coordination et l'intégration des services au sein de l'équipe multidisciplinaire;
- L'utilisation efficiente des ressources affectées à la RFI;
- L'utilisation des infrastructures et équipements existants;
- L'économie des coûts.

Ceux-ci permettront de dégager les avantages et les inconvénients des scénarios étudiés.

8.3.2.2 Scénarios des modes de gestion

Les scénarios retenus au plan des modes de gestion se résument ainsi :

Scénario A - Le Centre de réadaptation gère toutes les composantes de la RFI avec ses propres ressources.

Scénario B - Un CSSS fournit les lieux physiques (chambres, salles d'intervention et bureaux) et les services d'alimentation, de buanderie et d'entretien tandis que le Centre de réadaptation assume directement la responsabilité de l'ensemble des services de réadaptation et des soins de santé et d'assistance en gérant l'ensemble des ressources oeuvrant à l'URFI.

Scénario C - Le Centre de réadaptation assume la responsabilité des services de réadaptation et gère le personnel oeuvrant en réadaptation alors que le CSSS fournit les lieux physiques

(chambres, salles d'intervention et bureaux), les soins de santé (suivi médical et soins infirmiers) et d'assistance, les services de pharmacie ainsi que les services alimentaires, de buanderie et d'entretien.

Le tableau 7 dégage les avantages et inconvénients de chacun des scénarios.

TABEAU 7 - Scénarios reliés aux modes de gestion de la RFI : avantages et inconvénients

Scénarios	Avantages	Inconvénients
A- Le Centre de réadaptation gère toutes les composantes de la RFI avec ses propres ressources.	- La gestion unifiée favorise la coordination des divers services impliqués. - Approche spécifique à l'URFI plus facile à implanter et à maintenir. - Aucune confusion concernant l'établissement qui assure les services d'URFI.	- Ne tient pas compte d'une utilisation maximale des ressources en place. - Dédoublage de certaines infrastructures. - Pour une URFI de moins de 10 lits, utilisation non efficiente du personnel infirmier et d'assistance. - Génère des coûts plus élevés.
B- Un CSSS fournit les lieux physiques (chambres, salles d'intervention et bureaux) et les services d'alimentation, de buanderie et d'entretien tandis que le Centre de réadaptation assume directement la responsabilité de l'ensemble des services de réadaptation et des soins de santé et d'assistance en gérant l'ensemble des ressources oeuvrant à l'URFI.	- Tient compte d'une utilisation maximale des infrastructures et équipements existants. - Évite le dédoublement des services d'hôtellerie. - Possibilité d'achat de services du CSSS. - Permet une économie de coûts. - Favorise la coordination des services en équipe multidisciplinaire.	- Complexité possible des ententes de services avec des partenaires. - Risque de confusion concernant le dispensateur de services. - Pour une URFI de moins de 10 lits, utilisation non efficiente du personnel infirmier et d'assistance et coûts plus élevés.
C- Le Centre de réadaptation assume la responsabilité des services de réadaptation et gère le personnel oeuvrant en réadaptation alors que le CSSS fournit les lieux physiques (chambres, salles d'intervention et bureaux), les soins de santé (suivi médical et soins infirmiers) et d'assistance, les services de pharmacie ainsi que les services alimentaires, de buanderie et d'entretien.	- Tient compte d'une utilisation maximale des infrastructures et équipements existants. - Évite le dédoublement des services d'hôtellerie. - Permet des économies. - Dans l'hypothèse d'une plus petite unité de RFI, permet d'assurer les soins infirmiers et d'assistance sans occasionner un surplus de ressources. - Plus grande disponibilité de personnel.	- Certaines dimensions de l'approche de la RFI plus difficiles à implanter en raison des modes de fonctionnement déjà existants dans l'établissement. - L'intégration des médecins et surtout des infirmiers à l'équipe de réadaptation est plus exigeante. - Coordination et intégration des services plus difficiles. - Complexité possible des ententes de services. - Risque de confusion concernant le dispensateur de services.

Pour bien soupeser les avantages et inconvénients des divers scénarios des modes de gestion, il convient de distinguer entre une unité de 10 lits et plus et une unité de moins de 10 lits. Le tableau 8 nous permet, dans un premier temps, une synthèse et une vue globale de l'analyse des scénarios au plan des modes de gestion.

TABLEAU 8 – Scénarios reliés aux modes de gestion de la RFI : analyse

Critères	Scénarios					
	A		B		C	
	CR gère toutes les composantes de la RFI		CSSS fournit les lieux, certains équipements et les services d'hôtellerie et de pharmacie		CSSS fournit idem B plus personnel infirmier et d'assistance	
	10 lits et plus	Moins de 10 lits	10 lits et plus	Moins de 10 lits	10 lits et plus	Moins de 10 lits
Application de l'approche RFI	+	+	+	+	-	-
Coordination et intégration des services	+	+	+	+	-	-
Utilisation des infrastructures et équipements existants	-	-	+	+	+	+
Utilisation efficiente du personnel affecté	+	-	+	-	+	+
Économie des coûts	-	-	+	-	+	+
<i>Légende :</i> + <i>Satisfaisant</i> - <i>Insatisfaisant</i>						

Les données de l'analyse et de l'évaluation synthèse permettent de dégager les éléments suivants :

- Le scénario A, soit une autosuffisance du CR qui fournit et gère toutes les ressources, permet une application de l'approche RFI et la coordination et l'intégration des services. Toutefois, ce scénario ne tient aucunement compte des infrastructures et équipements existants. De plus, pour une plus petite unité, il n'y aurait pas une utilisation efficiente du personnel infirmier et d'assistance. Autant les coûts d'implantation que les coûts d'opération seraient plus élevés.
- Le scénario B, soit un CSSS qui fournit les lieux, certains équipements et les services d'hôtellerie et de pharmacie, comporte les mêmes avantages que le scénario précédent, mais il utilise des structures et équipements existants ainsi que les services d'hôtellerie de l'établissement hôte. Cela permet évidemment une économie de coûts d'implantation et d'opération. Seule la présence d'une petite unité amène, comme au scénario A, une utilisation non

efficace du personnel infirmier et d'assistance, d'où certains coûts supplémentaires.

- Le scénario C, le CSSS fournit, en plus des mêmes services qu'en B, le personnel infirmier et d'assistance. Un tel scénario amène, dans le cas d'une unité de moins de 10 lits, une utilisation plus efficace du personnel infirmier et d'assistance qui génère une économie de coûts. Toutefois, le mouvement fréquent de personnel rend plus difficile l'application de certaines dimensions de l'approche RFI, entre autres, la coordination et l'intégration des services en équipe multidisciplinaire.

Nous pouvons dégager de cette brève analyse les éléments suivants :

- Si des espaces sont disponibles dans le réseau et qu'ils sont compatibles avec l'implantation d'une URFI, les scénarios B et C sont plus avantageux.
- Pour une unité de 10 lits et plus, le scénario B semble le plus avantageux.
- Pour une unité plus petite que dix lits, le scénario C est plus réaliste en dépit de quelques inconvénients.

9. Proposition d'organisation des services de RFI

Après avoir approfondi ce qu'est la réadaptation fonctionnelle intensive et ses diverses composantes, après avoir cerné la population cible de la région, ses besoins et les services requis, après avoir précisé les critères devant guider l'organisation des services de RFI, le comité aviseur a analysé divers scénarios. Des critères spécifiques d'analyse ont été établis et appliqués tant au plan de la concentration des services qu'au plan des modes de gestion. Suite à cette rigoureuse démarche, ce comité propose que les services de réadaptation fonctionnelle intensive soient organisés de la façon suivante dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

9.1 Concentration des services de RFI

Au plan de la concentration des services de RFI, il est proposé :

Que seize (16) lits soient mis en place pour assurer les services de RFI dans la région de la Gaspésie et des Îles.

Que soient mis en place quatre (4) lits à vocation régionale pour les personnes amputées, les personnes ayant un TCC (2^{ième} phase), les personnes ayant un problème sévère de la colonne, les personnes ayant des lésions importantes causées par des brûlures et les personnes ayant subi de multiples traumatismes complexes.

Que soient mis en place douze (12) lits à vocation sous-régionale pour les autres clientèles requérant des services de RFI, dont principalement les personnes ayant subi un AVC.

Que les lits à vocation sous-régionale soient répartis également dans deux unités, l'une située dans l'Ouest de la Gaspésie (les territoires de la Baie-des-Chaleurs et de la Haute-Gaspésie avec 48% de la population régionale) et l'autre unité dans l'Est (territoires de la Côte-de-Gaspé, du Rocher-Percé et des Îles-de-la-Madeleine avec 52%).

Que les quatre (4) lits à vocation régionale soient intégrés à l'unité située dans l'Est, ce qui rendrait ces services plus accessibles à la population des Îles.

Ces divers éléments auraient pour effet d'implanter une URFI de 10 lits dont les quatre lits régionaux dans l'Est de la Gaspésie et une de 6 lits dans la partie ouest. Le total de 16 lits correspond au nombre déterminé suite aux études réalisées à partir des données des autres régions.

9.2 Modes de gestion de la RFI

Au plan de l'organisation matérielle et des modes de gestion des services de RFI, il est proposé :

Que soit privilégiée l'utilisation des infrastructures et des équipements existants afin de diminuer les coûts d'implantation de la RFI.

Que dans l'éventualité où l'URFI est située dans un centre hospitalier ou un centre de soins de longue durée, les services de pharmacie, les services alimentaires, les services de buanderie et d'entretien soient assurés par entente avec l'établissement hôte. Qu'il en soit ainsi de l'utilisation des plateaux techniques.

Que l'ensemble des ressources humaines affectées à l'URFI de dix (10) lits relève du CR de la Gaspésie. Toutefois, si l'unité est localisée dans un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée, qu'une entente soit prise avec l'établissement pour couvrir les services infirmiers durant la nuit.

Que l'unité de six (6) lits soit localisée dans un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée et qu'une entente soit convenue concernant les soins infirmiers et d'assistance. Ce personnel serait intégré à l'équipe de réadaptation au plan de la coordination des services aux usagers de la RFI.

9.3 Ressources requises

9.3.1 Ressources humaines

9.3.1.1 Services médicaux

Il est estimé, d'après les expériences vécues dans d'autres régions, que la présence d'un médecin omnipraticien est requise trois (3) demi-journées par semaine pour l'URFI de 10 lits et deux (2) demi-journées pour l'unité de 6 lits. Le médecin affecté à chacune des URFI demande, lorsque requis, des consultations auprès de médecins spécialistes.

Le temps requis pour les deux médecins représente un demi-temps, soit 900 heures/année à partager entre les deux unités selon les besoins.

Le choix des médecins oeuvrant à l'URFI est important en raison de leur rôle et de leur implication dans l'approche de la RFI. Leur intérêt et leur capacité à travailler en équipe doivent être pris en considération, au même titre que les autres intervenants de l'équipe.

9.3.1.2 Soins infirmiers et d'assistance

Les services infirmiers et d'assistance doivent être assurés 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Pour l'unité de 10 lits, une équipe de base est justifiée. Elle serait constituée d'un infirmier de jour et un de soir. Durant la nuit, le service pourrait être assuré par entente avec l'établissement hôte, comme nous l'avons déjà souligné.

Un infirmier auxiliaire serait nécessairement en fonction durant la nuit. Les tâches d'infirmier auxiliaire ou de préposé aux bénéficiaires durant le jour et le soir requièrent la présence de deux personnes durant le jour et d'une personne durant la soirée. La répartition entre les deux titres d'emploi devra se faire en fonction des besoins de la clientèle et d'une meilleure utilisation des ressources. À titre d'exemple, il pourrait y avoir un infirmier auxiliaire le jour et la nuit et un préposé aux bénéficiaires le jour et le soir.

En calculant les effectifs sur 7 jours/semaine, l'unité de 10 lits requiert en ETC 2.8 infirmiers plus l'entente pour la présence de nuit et 5.6 infirmiers auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires pour un total de 8.4 ETC.

Ce total est sensiblement le même que celui du CR de l'Estrie pour son unité de 12 lits et la moitié de celui du CR du Bas-St-Laurent qui a une URFI de 24 lits. De plus, les ressources proposées en soins infirmiers et d'assistance représentent un ratio de 5.3 heures travaillées par jour de présence usager (taux d'occupation de 85%) alors qu'il est de 4.9 heures travaillées par jour de présence en gériatrie active. Il est à noter que le ratio est supérieur à 5.3 dans 29% des unités de gériatrie active.

Pour l'unité de 6 lits, les services infirmiers et d'assistance sont calculés proportionnellement aux services affectés dans l'unité de 10 lits, ce qui équivaut à un total de 5.1 ETC, soit 1.7 infirmiers et 3.4 infirmiers auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

9.3.1.3. Services de réadaptation

En appliquant les taux moyens d'ETC par lit et par discipline des centres de réadaptation ayant une URFI, nous présentons, au tableau 9, le nombre d'ETC pour chacune des unités :

TABLEAU 9 – Nombre d'ETC par discipline et par unité

Disciplines	Unité de 10 lits	Unité de 6 lits
Physiothérapeute	1.3	.8
Ergothérapeute	1.3	.8
Orthophoniste	.5	.3
Psychologue-neuropsychologue	.3	.1
Travailleur social	.5	.3
Éducateur physique-kinésologue	.6	.4
TOTAL	4.5 ETC	2.7 ETC

9.3.1.4 Encadrement et soutien

Il faut prévoir l'engagement d'un coordonnateur ou chef de services de réadaptation pour assumer la gestion des deux unités de RFI. De plus, un équivalent à temps complet en secrétariat est requis pour assurer la tenue des dossiers, entrer les données dans les systèmes informatisés et fournir un soutien technique aux divers intervenants.

9.3.2 Ressources matérielles

Les requis d'espaces qui suivent sont donnés à titre indicatif. Ils devront être validés lors des travaux précédant la localisation des unités.

9.3.2.1 Chambres

Idéalement, tous les lits devraient être dans des chambres individuelles. Toutefois, il serait acceptable que les unités aient quelques chambres à deux lits, selon les ressources disponibles. Il faut cependant prévoir l'espace nécessaire à la circulation en fauteuil roulant et à l'utilisation d'un lève-personne électrique.

Pour calculer les espaces requis, prenons l'hypothèse que l'unité de 10 lits a 4 chambres à un lit et 3 chambres à deux lits. Elles totalisent 150 m². Pour l'unité de 6 lits, considérons 2 chambres à un lit et 2 chambres à deux lits, ce qui représente une superficie de 90 m².

9.3.2.2 Bureaux

L'unité de 10 lits requiert l'équivalent de six à sept espaces bureaux alors que celle de 6 lits en utiliserait au plus cinq, auxquels il faut ajouter un espace pour le personnel soignant au sein de chacune des URFI. Ces locaux représentent approximativement des espaces de 120 m² dans le premier cas et de 90 m² dans le deuxième.

Il faudra évidemment prévoir l'achat d'équipements pour ces bureaux, incluant l'achat d'ordinateurs, soit :

- Ameublement de bureau (14) : \$ 21 000.
- Ordinateurs (10 postes) : \$ 25 000.

9.3.2.3 Salles d'intervention et de rencontres

La salle d'intervention en physiothérapie servira aussi de lieu d'activités physiques adaptées. Elle devra être d'une superficie d'environ 90 m² alors que la salle d'ergothérapie requiert des espaces d'environ 50 m². Il faut aussi prévoir une salle d'intervention de 40 m² pour les autres intervenants. Si on ajoute une salle de réunion de 40 m², la superficie totale des salles est de 260 m².

En ce qui concerne les activités des usagers, les lieux physiques doivent comprendre un salon des usagers, une cuisine et une salle de bain adaptée, avec douche, bain et espace pour l'apprentissage des transferts avec ou sans lève-personne électrique. Chaque pièce représente une superficie de 40 m² pour un total de 220 m².

Il faut bien sûr prévoir l'aménagement du salon des usagers, de la cuisine et de la salle de bain avec lève-personne sur rail.

Si les intervenants n'utilisent pas des plateaux techniques déjà existants, il faut planifier l'acquisition d'équipements de réadaptation.

Il est important de souligner de nouveau que toute utilisation de ressources existantes diminuera les coûts reliés à l'implantation des URFI.

9.3.2.4 Total des espaces requis

Les superficies précisées dans les paragraphes précédents ont été multipliées par 1.5 pour tenir compte des espaces requis par les corridors, les salles de toilette, les rangements, les salles d'utilité.

TABLEAU 10 – *Superficie requise par unité*

Fonctions	URFI de 10 lits	URFI de 6 lits
Chambres	225	135
Bureaux	180	135
Salles d'intervention et de réunion (4)	330	330
Cuisine, salon des usagers et salle de bain	180	180
TOTAL	915 m²	780 m²

9.3.3 Services d'hôtellerie

Au plan de l'alimentation, les services sont calculés sur un taux d'occupation de 80% en raison de séjours de fin de semaine de certains usagers dans leur milieu familial. Pour établir le coût par jour-repas, nous avons calculé le coût moyen entre celui des CHCD de la région, soit \$ 39.23 et celui des CHSLD de la région, soit \$ 15.15. Ce coût moyen par jour-repas est de \$ 27.19.

En ce qui concerne la buanderie, le taux d'occupation considéré est encore de 80%. Le nombre de kilogrammes par jour-présence a été établi en calculant la moyenne entre les 5 kilos des CHCD et le 2.75 kilos des CHSLD. Ce poids moyen par jour-présence correspond à 3.88 kilos. Le coût par kilo est établi à \$ 1.62.

D'autre part, le coût des services d'entretien ménager des lieux physiques est calculé en fonction des espaces estimés, soit 915 m² pour l'URFI de 10 lits et 780 m² pour l'URFI de 6 lits. Le coût par mètre carré par année est établi à \$ 42.54.

Enfin, les coûts des médicaments et des services de pharmacie sont estimés à \$ 3 000.00 par lit, soit la moyenne des coûts fournis par quatre centres de réadaptation ayant une URFI.

9.3.4 Ressources financières récurrentes

Les tableaux suivants présentent l'état de situation concernant les ressources financières récurrentes requises à la mise en place du service de réadaptation fonctionnelle intensive sur le territoire de la région 11.

TABLEAU 11 - Ressources financières récurrentes reliées aux ressources humaines

TITRE D'EMPLOI	UNITÉS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE					
	10 LITS		6 LITS		TOTAL (16 LITS)	
	ETC	\$	ETC	\$	ETC	\$
COORDONNATEUR	.6	37 610	.4	25 034	1	62 644
SECRÉTAIRE	.6	17 476	.4	11 651	1	29 127
INFIRMIER	2.8	142 364	1.7	86 435	4.5	228 799
INFIRMIER AUXILIAIRE	2.8	107 515	1.7	65 277	4.5	172 792
PRÉPOSÉ BÉNÉFICIAIRES	2.8	77 564	1.7	51 709	4.5	129 273
PHYSIOTHÉRAPEUTE	1.3	60 002	.8	40 002	2.1	100 004
ERGOTHÉRAPEUTE	1.3	60 002	.8	40 002	2.1	100 004
ORTHOPHONISTE	.5	23 926	.3	15 950	.8	39 876
PSYCHOLOGUE- NEUROPSYCHOLOGUE	.3	11 736	.1	7 824	.4	19 560
TRAVAILLEUR SOCIAL	.5	22 858	.3	15 239	.8	38 097
ÉDUCATEUR PHYSIQUE	.6	28 201	.4	18 800	1	47 001
SOUS-TOTAL RH	14.1	589 254	8.6	377 923	22.7	967 177
ENTENTE DE SERVICE INFIRMIER NUIT	.3 10.5H	12 247	.2 7H	8 165	.5 17.5H	20 412
PRIMES (SOIR, NUIT, FIN-DE- SEMAINE)		14 768		8 861		23 629
ÉQUIPE DE REMPLACEMENT		61 121		40 748		101 869
AVANTAGES SOCIAUX	15%	147 609		92 954		240 563
<u>TOTAL (1) RH</u>		824 999		528 651		1 353 650

TABLEAU 12 - Ressources financières récurrentes reliées aux autres dépenses

AUTRES DÉPENSES		10 LITS		6 LITS		TOTAL (16 LITS)
		\$		\$		\$
FORMATION	1.5%	10 745		7 158		17 903
FRAIS DE DÉPLACEMENT		5 550		3 700		9 250
TOTAL (2) AUTRES DÉPENSES		16 295		10 858		27 153

TABLEAU 13 - Ressources financières récurrentes reliées aux services d'hôtellerie

SERVICES D'HÔTELLERIE		10 LITS		6 LITS		TOTAL (16 LITS)
		\$		\$		\$
ALIMENTATION (\$ 27.19/jr présence X 292 jrs)		79 395		47 637		127 032
BUANDERIE (3.88 kilo/jour présence X \$ 1.62X292 jrs)		18 350		11 010		29 360
ENTRETIEN MÉNAGER (\$ 42.54 /m ²)	915m ²	38 924	780 m ²	33 181	1695 m ²	72 105
PHARMACIE (\$ 3000/lit)		30 000		18 000		48 000
TOTAL (3) HÔTELLERIE		166 669		109 828		276 497

TABLEAU 14 – Grand total des ressources financières récurrentes

		10 LITS		6 LITS		TOTAL (16 LITS)
		\$		\$		\$
RESSOURCES HUMAINES (Tableau 11)		824 999		528 651		1 353 650
AUTRES DÉPENSES (Tableau 12)		16 295		10 858		27 153
HÔTELLERIE (Tableau 13)		166 669		109 828		276 497
SOUS-TOTAL		1 007 963		649 337		1 657 300
ADM + INFORMATIQUE	10%	100 796		64 934		165 730
GRAND TOTAL DES COÛTS RÉCURRENTS		1 108 759		714 271		1 823 030

9.3.5 Ressources financières non-récurrentes

Il est impossible d'estimer les coûts non-récurrents de l'implantation de la RFI sans répondre auparavant à un certain nombre de questions en lien avec l'endroit où seront localisées les deux URFI. Est-ce que des travaux d'aménagement importants devront être réalisés? Des plateaux techniques existants seront-ils utilisés? Les chambres seront-elles équipées?

Pour ce qui est des équipements et du matériel de réadaptation, nous nous référons aux travaux du PROS en déficience physique de 1996 qui établissaient à \$ 143 000 les coûts des équipements et du matériel de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie pour une URFI de 8 lits. Le montant en dollars d'aujourd'hui représente environ \$ 170 000 en moyenne pour chacune des URFI.

Les estimations possibles actuellement sont les suivantes :

TABLEAU 15 - Estimation préliminaire des ressources financières non-récurrentes

RESSOURCES FINANCIÈRES NON-RÉCURRENTES	Unités de réadaptation fonctionnelle intensive		
	10 lits	6 lits	Total (16 lits)
Ameublement de bureau (\$ 1500/bureau)	12 000	9 000	21 000
Ordinateurs \$ 2500 / poste	15 000	10 000	25 000
Équipement et matériel de réadaptation (1)	170 000	170 000	340 000
Ameublement des chambres (± \$ 6000 / lit)	60 000	36 000	96 000
Lève-personne sur rail (\$ 3500 l'unité)	10 500	7 000	17 500
Lève-personne mobile (\$ 2500 l'unité)	5 000	2 500	7 500
Total préliminaire	272 500	234 500	507 000
Formation de démarrage	À déterminer		
Ameublement espaces collectifs	À déterminer		
Coûts d'aménagement	À déterminer		

(1) Ces équipements sont requis sauf si nous sommes en mesure d'utiliser les équipements au sein de certains plateaux techniques existants.

Comme nous l'avons souligné, les coûts non-récurrents ne pourront être estimés que lorsque les partenaires seront connus et que seront identifiées les ressources matérielles (équipements et espaces) pouvant être utilisées.

10. Mise en œuvre des services de RFI

10.1 Plan de mise en œuvre

Suite aux décisions concernant l'organisation des services de RFI et à l'annonce du budget par le MSSS, un plan de mise en œuvre devra être élaboré. Celui-ci tiendra nécessairement compte des partenaires identifiés et des locaux disponibles. Les aménagements requis seront alors planifiés. À ce moment, seront identifiées les ressources matérielles mises à la disposition du Centre de réadaptation de la Gaspésie.

Il serait souhaitable que les deux unités de RFI soient implantées en même temps. Si toutefois les ressources étaient insuffisantes pour mettre sur pied au même moment les deux URFI, il faudrait mettre en priorité l'implantation de l'unité de 10 lits incluant les quatre lits à vocation régionale, en souhaitant que la mise en place de la deuxième unité se fasse le plus rapidement possible.

10.2 Ententes de services

Selon les orientations prises et les partenaires identifiés, des ententes de services devront être convenues avec certains CSSS concernant l'implantation des URFI. Ces ententes, comme nous l'avons déjà indiqué, pourront porter, d'une part, sur les services alimentaires, de buanderie et d'entretien et, d'autre part, sur des services de soins infirmiers et d'assistance. Concernant les services médicaux, un nombre d'heures à taux horaire devra être convenu avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et le MSSS.

Des ententes devront aussi être élaborées et conclues avec l'ensemble des CSSS concernant les références de la clientèle en URFI. Ces ententes entre le CR et les CSSS doivent clarifier les rôles de chacun et prévoir une fonction de liaison afin d'assurer la continuité des services à la clientèle.

10.3 Programmation

En plus de l'organisation matérielle des URFI, le Centre de réadaptation de la Gaspésie devra élaborer la programmation des services de réadaptation fonctionnelle intensive. Une partie de la programmation s'adresse à l'ensemble de la clientèle alors que des programmations plus spécifiques doivent être élaborées en fonction d'une catégorie d'utilisateurs, telles les personnes amputées.

La programmation doit décrire les critères d'admission, les objectifs et les activités de réadaptation, des modes de fonctionnement et des protocoles cliniques avec les partenaires du réseau.

10.4 Suivi et évaluation de la mise en oeuvre

Après la mise en œuvre des services de RFI, le Centre de réadaptation de la Gaspésie doit en assurer un suivi auprès de l'Agence de la santé et des sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Une évaluation impliquant les divers partenaires favorisera les ajustements permettant aux services de RFI d'atteindre leurs objectifs auprès de la clientèle et de fonctionner en continuité avec les autres établissements et organismes du réseau.

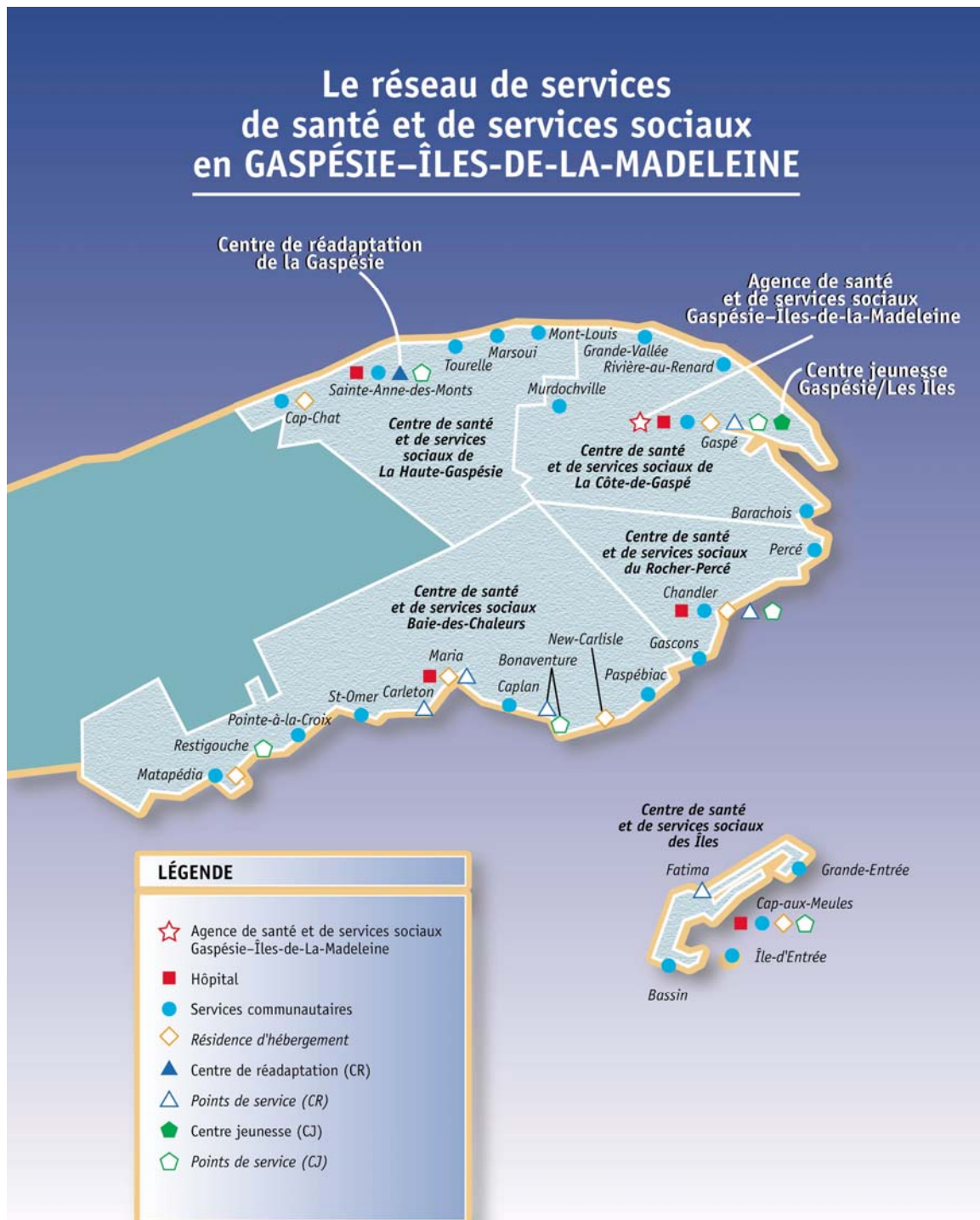
RÉFÉRENCES

- AERDPQ. *Rôles des établissements de réadaptation en déficience physique*, Document d'orientation, 2000.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE, MED-ÉCHO – données d'hospitalisation région 11, 2002-2003.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Orientations régionales en regard des services de 1^{ère} ligne en réadaptation physique*, Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, 2004.
- ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC. *En toute urgence! – Lacunes d'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique*, Août 1999.
- CARREFOUR DE SANTÉ DE JONQUIÈRE. *Espaces physiques requis pour unités de réadaptation fonctionnelle intensive*, rapport imprimé le 9 février 2005.
- CENTRE DE RÉADAPTATION DE LA GASPÉSIE. *Plan d'organisation des services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (auditive, motrice, visuelle, du langage et de la parole) de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine*, Septembre 1995.
- CENTRE DE RÉADAPTATION INTERVAL MAURICIE – CENTRE-DU-QUÉBEC. Document de travail de M. Yvon Legris.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté, orientations ministérielles en déficience physique*, Objectifs 2004-2009, Québec, 2003.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Orientations ministérielles : pour une véritable participation à la vie de la communauté; un continuum intégré de services en déficience physique*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes ayant une déficience motrice*, Programme cadre, Québec, 1992.
- RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH). *Classification québécoise : processus de production du handicap*, 1998
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE. *Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive en Abitibi-Témiscamingue*, mai 1996.

ANNEXES

ANNEXE 1

Illustration I - Localisation des établissements et missions d'établissement dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine



ANNEXE 2

TABLEAU 16 - Diagnostics et codes CIM retenus aux fins de l'identification des besoins de services en RFI dans la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Diagnostics	Codes CIM
Accident vasculaire cérébral	430, 431, 432, 433, 434, 436
Sclérose en plaques	340
Arthrose rachidienne et lésion des disques intervertébraux	721, 722
Traumatisme intracrânien, cranio-encéphalique ou traumatismes cranio-cérébral (TCE sévère)	800.1, 800.3, 801.1, 803.1, 803.3, 804.1, 804.3, 851, 852, 853, 854, 993.1, 977
Commotion cérébrale ou fracture du crâne, sans mention de traumatisme intracrânien (TCE modéré)	850, 800, 800.2, 801, 801.2, 803, 803.2, 804, 804.2
Lésion médullaire cervicale (quadraplégie et quadraparésie)	806, 806.1, 952, 953, 839, 839.1
Lésion médullaire autre que cervicale (paraplégie et parésie)	806.2 à 806.9, 952.1 à 952.4, 952.8, 952.9, 953.1 à 953.9 sauf 953.4, 839.2 à 839.5
Traumatismes multiples (fractures multiples, nerfs périphériques multiples ou majeurs)	818, 819, 827, 828, 953.4, 955.8, 955.9, 956, 956.8, 956.9, 957.8, 957.9, 959.2, 959.6 à 959.9
Brûlures majeures : 20% et plus de la surface du corps, surface impliquant la réadaptation motrice (système musculo-squelettique ou nerveux impliqué)	941.2, 941.3, 941.4, 942.2, 942.3, 942.4, 943.2, 943.3, 943.4, 944.2, 944.3, 944.4, 945.2, 945.3, 945.4, 946.2, 946.3, 946.4, 948.2 à 948.9, 949.2, 949.3, 949.4

ANNEXE 3

TABLEAU 17 - Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon des catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine

2002-2003		Établissements (CH) de la région GÎM						CH hors région	
Catégorie de diagnostics	Territoire de CLSC d'origine	Archipel	CHBC	Chandler	Gaspé	Ste-Anne-des-Monts	Total	Hors-région Total	Grand total
1- Accident vasculaire cérébral	Haute Gaspésie					20	20	4	24
	Les Îles	14					14	4	18
	Malauze		8				8	3	11
	Mer et Montagnes				29	1	30	4	34
	Pabok			27			27	4	31
	Rivage		27	3			30	5	35
	Total	14	35	30	29	21	129	24	153
2- Arthrose rachidienne et lésion des disques intervertébraux	Haute Gaspésie					2	2	2	4
	Les Îles	2					2		2
	Malauze		7				7	1	8
	Mer et Montagnes				1		1		1
	Pabok			1	1		2	1	3
	Rivage		5				5		5
	Total	2	12	1	2	2	19	4	23
3- Brûlures majeures : 20 % et plus de la surface du corps, surface impliquant la réadaptation motrice (système musculo- squelettique ou nerveux impliqué)	Haute Gaspésie					3	3	2	5
	Les Îles						0		0
	Malauze		1				1		1
	Mer et Montagnes					1	1	1	2
	Pabok			5			5	2	7
	Rivage		2				2		2

TABEAU 17 - Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon des catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine

2002-2003		Établissements (CH) de la région GÎM						CH hors région	
	Territoire de CLSC							Hors-région	Grand
Catégorie de diagnostics	d'origine	Archipel	CHBC	Chandler	Gaspé	Ste-Anne-des-Monts	Total	Total	total
	Total	0	3	5	0	4	12	5	17
4- Commotion cérébrale ou fracture du crâne, sans mention de traumatisme intracrânien (TCE modéré)	Haute Gaspésie					1	1	1	2
	Les Îles	1					1		1
	Malauze		2				2		2
	Mer et Montagnes				3		3	1	4
	Pabok		1	1			2		2
	Rivage		7				7		7
	Total	1	10	1	3	1	16	2	18
5- Lésion médullaire autre que cervicale (paraplégie et parésie)	Haute Gaspésie						0		0
	Les Îles						0		0
	Malauze						0		0
	Mer et Montagnes						0	1	1
	Pabok						0	2	2
	Rivage						0		0
	Total	0	0	0	0	0	0	3	3
6- Sclérose en plaques	Haute Gaspésie					3	3		3
	Les Îles	2					2	2	4
	Malauze		2				2		2
	Mer et Montagnes				4		4		4
	Pabok		1	2			3		3
	Rivage		5				5		5
	Total	2	8	2	4	3	19	2	21
7- Traumatisme intracrânien, cranio-encéphalique ou traumatisme	Haute Gaspésie					1	1	1	2
	Les Îles						0	1	1

TABLEAU 17 - Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon des catégories de diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le territoire d'origine

2002-2003		Établissements (CH) de la région GÎM						CH hors région	
	Territoire de CLSC							Hors-région	Grand
Catégorie de diagnostics	d'origine	Archipel	CHBC	Chandler	Gaspé	Ste-Anne-des-Monts	Total	Total	total
cranio-cérébral (TCE sévère)	Malauze		2				2	1	3
	Mer et Montagnes			1	5		6		6
	Pabok			4	1		5		5
	Rivage		3				3		3
	Total	0	5	5	6	1	17	3	20
8- Traumatismes multiples (fractures multiples, nerfs périphériques multiples ou majeurs)	Haute Gaspésie						0	2	2
	Les Îles	2					2		2
	Malauze		2				2		2
	Mer et Montagnes				6		6		6
	Pabok			4			4	2	6
	Rivage			2			2	1	3
	Total	2	2	6	6	0	16	5	21
Total - Ensemble des diagnostics		21	75	50	50	32	228	48	276

Source : MED – ÉCHO, 2002-2003.

* Les données d'hospitalisation ont été questionnées à partir du diagnostic principal et jusqu'à trois diagnostics secondaires (CIM 9).

* Les cas de double ou triple hospitalisation dans l'année sont comptés une seule fois.

ANNEXE 4

TABEAU 18 - Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon les diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le groupe d'âge

2002-2003		Établissements (CH) de la région GÎM						CH Hors région	
Catégorie de diagnostics	Groupe d'âge	Archipel	CHBC	Chandler	Gaspé	Ste-Anne-des-Monts	Total	Hors-région Total	Grand total
1- Accident vasculaire cérébral	0 - 17						0		0
	18 - 44	1			1		2	2	4
	45 - 64	5	7	7	5	1	25	10	35
	65 - 74	1	9	6	8	5	29	8	37
	75 et plus	7	19	17	15	15	73	4	77
	Total	14	35	30	29	21	129	24	153
2- Arthrose rachidienne et lésion des disques intervertébraux	0 - 17						0		0
	18 - 44		1				1	2	3
	45 - 64	1	2		1		4	2	6
	65 - 74	1			1		2		2
	75 et plus		9	1		2	12		12
	Total	2	12	1	2	2	19	4	23
3- Brûlures majeures : 20 % et plus de la surface du corps, surface impliquant la réadaptation motrice (système musculo-squelettique ou nerveux impliqué)	0 - 17		1	2	1	1	5	4	9
	18 - 44						0		0
	45 - 64		1	1		1	3	1	4
	65 - 74		1			1	2		2
	75 et plus				2		2		2
	Total	0	3	3	3	3	12	5	17
4- Commotion cérébrale ou fracture du crâne, sans mention de traumatisme intracrânien (TCE)	0 - 17		5	1			6	1	7
	18 - 44	1	1		1		3	1	4
	45 - 64		2		1		3		3
	65 - 74		1			1	2		2

TABLEAU 18 - Nombre d'hospitalisations dans les CH de la région GÎM et hors-région, selon les diagnostics potentiellement reliés à la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et selon le groupe d'âge

2002-2003		Établissements (CH) de la région GÎM						CH Hors région	
Catégorie de diagnostics	Groupe d'âge	Archipel	CHBC	Chandler	Gaspé	Ste-Anne-des-Monts	Total	Hors-région	Grand total
modéré)	75 et plus			1		1	2		2
	Total	1	9	2	2	2	16	2	18
5- Lésion médullaire autre que cervicale (paraplégie et parésie)	0 - 17						0		0
	18 - 44						0	1	1
	45 - 64						0	2	2
	65 - 74						0		0
	75 et plus						0		0
	Total	0	0	0	0	0	0	3	3
6- Sclérose en plaques	0 - 17						0		0
	18 - 44	1	2	1	1	2	7	1	8
	45 - 64		6	1	2	1	10		10
	65 - 74	1			1		2	1	3
	75 et plus						0		0
	Total	2	8	2	4	3	19	2	21
7- Traumatisme intracrânien, crano-encéphalique ou traumatisme crano-cérébral (TCE sévère)	0 - 17		1				1		1
	18 - 44			1	1	1	3	2	5
	45 - 64		1	2	2		5	1	6
	65 - 74				1		1		1
	75 et plus			3	2	2	7		7
	Total	0	2	6	6	3	17	3	20
8- Traumatismes multiples (fractures multiples, nerfs périphériques multiples ou majeurs)	0 - 17		1				1	1	2
	18 - 44	1		3	3		7	4	11
	45 - 64	1		2	3		6		6
	65 - 74		1	1			2		2
	75 et plus						0		0
	Total	2	2	6	6	0	16	5	21
Total - Ensemble des diagnostics		21	71	50	52	34	228	48	276

Source : MED – ÉCHO, 2002-2003.

* Les données d'hospitalisation ont été questionnées à partir du diagnostic principal et jusqu'à trois diagnostics secondaires (CIM 9).

* Les cas de double ou triple hospitalisation dans l'année sont comptés une seule fois.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie—
Îles-de-la-Madeleine**

Québec

