



**Services posthospitaliers
en réadaptation fonctionnelle
intensive et en réadaptation
à intensité variable**

**Janvier
2011**

Cadre de référence

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

**Services posthospitaliers
en réadaptation fonctionnelle
intensive et en réadaptation
à intensité variable**

Cadre de référence

**Janvier
2011**

*Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides*

Québec 

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN : 978-2-89547-161-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89547-162-2 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides: www.santelaurentides.qc.ca/

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

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2011

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui nous a permis de nous inspirer de son cadre de référence des services posthospitaliers afin que nous puissions élaborer celui pour la région des Laurentides.

De plus, nous désirons remercier toutes les personnes qui ont participé à l'actualisation de ce cadre de référence.

COMITÉ RÉGIONAL

Madame Sylvie Valade	CRDP Le Bouclier
Madame Sylviane Doré	CSSS d'Antoine-Labelle
Monsieur Alyre Boudreault	CSSS d'Argenteuil
Madame Liette St-Hilaire	CSSS de Saint-Jérôme
Madame Nicole Poissant	CSSS de Saint-Jérôme
Monsieur Richard Lyonnais	CSSS des Pays-d'en-Haut
Monsieur Jean Desnoyers	CSSS Des Sommets
Madame Marie-Pierre Fournier	CSSS Des Sommets
Madame Mariette Brabant	CSSS de Thérèse-De Blainville
Madame Michèle Archambault	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Monsieur Rock Paquet	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Monsieur Marc Prenevost	Chargé de projet – RFI

Tous les chefs de programme qui ont participé à ce comité.

COLLABORATION SPÉCIALE

Madame Éline Cardinal, Direction régionale de la santé physique

Madame Julie Boucher, Direction régionale de la santé physique

Madame Annie Venne, Direction régionale de la santé physique

CONSULTATION

Le comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Le comité de gestion régional

La Table DSP-DP

Commission régionale multidisciplinaire

Commission infirmière régionale

COORDINATION ET RÉDACTION

Madame Hélène Laflamme, agente de planification, de programmation et recherche

Direction des services sociaux

Agence de santé et des services sociaux des Laurentides

RÉVISION DU TEXTE

Madame Danielle Binette

Sigles et acronymes utilisés

APT	Amnésie post-traumatique	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ASSSL	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides	ORL	Oto-rhino-laryngologiste
AVC	Accidents vasculaires cérébraux	PICC line	Cathéter intraveineux périphérique (peripheraly inserted central catheter)
AVD	Activités de la vie domestique	PNAVD	Programme national de ventilation à domicile
AVQ	Activités de la vie quotidienne	PPH	Processus de production du handicap
BOG	Blessures orthopédiques graves	PTG	Prothèse totale du genou
CEBMOQ	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec	PTH	Prothèse totale de la hanche
CEPVBG	Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves	RA	Ressource alternative
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CIDP	Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy)	RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	RI	Ressources intermédiaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	RIV	Réadaptation à intensité variable
CT Scan	Scanographie ou tomodensitométrie	RNI	Ressources non institutionnelles
DMS	Durée moyenne de séjour	RPL	Reflux pharyngo-laryngé
DSIE	Demande de services interétablissements	RTF	Ressource de type familial
ERV	Entérocoques résistant à la vancomycine	SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthycille
HJR	Hôpital juif de réadaptation de Laval	SCIWORA	Spinal cord injury w/o radiological abnormality
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	TCC	Traumatisme craniocérébral
IRM	Imagerie par résonance magnétique	TVA	Tétraplégie ventilo-assistée
LM	Lésion médullaire		

Table des matières

1	Introduction	1
2	Modalités de référence et mandats des établissements	3
2.1	Modalités de référence	3
2.2	Mandats des établissements selon le continuum identifié par programme de services :	3
3	Engagement des parties	4
4	Critères généraux d'admission ou d'inscription	5
4.1	Interne et externe	5
4.2	Interne seulement	6
4.3	Externe seulement	6
5	Informations et documents généraux requis lors de l'admission ou de l'inscription.....	7
5.1	Informations et documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	7
5.2	Informations et documents généraux requis lors de l'admission ou l'inscription de la personne	7
6	Critères généraux de fin d'intervention.....	8
6.1	Externe	8
6.2	Interne.....	8
7	Critères d'admission spécifiques selon les clientèles visées par ce cadre	9
7.1	Système nerveux	9
7.1.1	Accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	9
7.1.2	Les lésions médullaires.....	10
7.1.2.1	Non traumatiques et traumatiques	10
7.1.2.2	Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)	12
7.1.3	Traumatismes craniocérébraux (TCC).....	14
7.1.4	Autres pathologies neurologiques	16
7.2	Système musculo-squelettique	18
7.2.1	Fractures et luxations	18
7.2.2	Autres atteintes du rachis sans atteinte neurologique sévère.....	19
7.2.3	Maladies dégénératives ou inflammatoires	20

7.2.4	Lésions musculo-squelettiques complexes (incluant les blessures orthopédiques graves)	21
7.2.5	Brûlures graves	22
7.2.6	Amputations.....	24
7.3	Atteintes multisystémiques	25
7.3.1	Déconditionnement et syndrome d'immobilisation	25
8	Conclusion.....	27
9	Glossaire.....	29
ANNEXE 1		35

1 Introduction

Le mandat confié au comité de travail est d'élaborer un cadre de référence pour les services posthospitaliers destinés aux adultes ayant des besoins de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) ou de réadaptation à intensité variable (RIV). De façon plus spécifique, ce cadre permettra de :

- Définir les différentes clientèles;
- Clarifier l'orientation des clientèles en Déficience physique et en Santé physique en fonction des mandats respectifs des établissements;
- Établir les modalités de référence en respectant les mandats respectifs des établissements impliqués;
- Préciser les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription de la clientèle;
- Préciser les critères généraux d'admission;
- Préciser les critères d'admission spécifiques selon les clientèles;
- Préciser les critères généraux de fin d'intervention.

Objectifs visés par ce cadre

- Développer des continuums de services intégrés interétablissements.
- Assurer une complémentarité interprogrammes.
- Rendre accessibles, le plus près possible du lieu de résidence des personnes, les services posthospitaliers de réadaptation (atteindre le juste équilibre entre la volonté de proximité des services et la concentration permettant la spécialisation).
- Simplifier et uniformiser les mécanismes d'accès aux services posthospitaliers de réadaptation.
- Utiliser un outil commun pour la transmission de la demande d'admission ou d'inscription.
- Concentrer les clientèles avec un faible volume afin d'optimiser l'expertise et l'utilisation des ressources humaines et des plateaux techniques.
- Collaborer au désengorgement des urgences.
- Rendre le réseau de la réadaptation plus efficace (notion de la bonne clientèle, au bon endroit, pour les bons services).

Programmes-services

Afin d'actualiser ce cadre de référence, l'organisation des services a été conçue autour de deux programmes-services : programme-service déficience physique (RFI) et programme-service santé physique (RIV).

Définition du programme-service déficience physique

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

Définition du programme-service santé physique

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

Clientèles admissibles

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

Les clientèles admissibles dans ce cadre de référence sont celles qui présentent des atteintes du système nerveux, du système musculo-squelettique et multisystémique. Les différentes clientèles sont présentées selon les principales pathologies de ces systèmes anatomo-physiologiques.

Concernant la clientèle qui présente un profil gériatrique, elle suivra le continuum de soins établis selon la pathologie (diagnostic) et des besoins identifiés. Les modalités d'intervention seront adaptées en fonction de leurs besoins et de leurs capacités. Pour les personnes présentant des multiproblématiques, le PSI demeure l'outil à privilégier pour identifier la meilleure organisation de services en réponse aux besoins de la personne.

Besoins de réadaptation

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

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

Par exemple, une personne avec un diagnostic de traumatisme crânien léger sera d'abord traitée par son centre de santé et de services sociaux (CSSS) et sera orientée au centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) seulement si des pertes d'autonomie fonctionnelle sont notées, et que celles-ci interfèrent sur la reprise de ses habitudes de vie.

2 Modalités de référence et mandats des établissements

2.1 Modalités de référence

Les demandes de services pour la personne ayant un diagnostic de déficience physique et présentant des besoins de réadaptation spécialisée doivent être acheminées au Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier.

Les demandes de services pour la personne ayant des besoins de santé physique et présentant des besoins de réadaptation doivent être dirigées vers les **CSSS** d'appartenance ou celui désigné.

2.2 Mandats des établissements selon le continuum identifié par programme de services : Déficience physique ou Santé physique

	Déficience physique (RFI)**		Santé physique (RIV)**	
	Interne	Externe	Interne	Externe
Système nerveux				
AVC	X	X		
LM Trauma ou non-trauma	X	X		
TVA	X	X		
TCC	X	X		
Autres neuros	X	X		
Système musculo-squelettique				
Fractures et luxations			X	X
Rachis sans neuro			X	X
Maladies dégénératives ou inflammatoires		X*	X*	X*
Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les BOG	X	X		
Brûlés	X	X		
Amputés	X	X		
Multisystémique				
Déconditionnement et syndrome d'immobilisation			X	X

* Voir précisions à la page 20

RFI : L'établissement responsable d'offrir ces services pour toute la région des Laurentides est le **Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier.

**RIV : Les établissements responsables d'offrir ces services sont les sept CSSS de la région.

3 Engagement des parties

Le centre hospitalier (CH) s'engage à réadmettre son patient sur demande et sans délai lorsqu'il y a une complication ou une détérioration de son état de santé, nécessitant des soins d'intensité hospitalière.

Le CSSS d'appartenance s'engage à assumer la prise en charge de la personne dans les meilleurs délais (maximum de deux semaines), lorsque celle-ci ne peut réintégrer son milieu de vie d'origine à la fin de la réadaptation en interne, et ce, selon les critères de fin d'intervention.

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

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

- Compléter la Demande de services interétablissements (DSIE), incluant les pages complémentaires et les formulaires pertinents, pour toutes demandes d'admission;
- Respecter les mécanismes de référence établis pour les services posthospitaliers en réadaptation;
- Aviser l'établissement prestataire de services de tout changement du statut de la personne (plaies, infections nosocomiales, maladies contagieuses, etc.) avant l'admission;
- Déclarer tous les diagnostics secondaires;
- Fournir, avant l'admission, l'information sur les fournitures particulières ou du matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.);
- Aviser l'établissement prestataire de services de toutes précautions nécessaires par rapport aux soins cliniques;
- Informer le CSSS (par le centre hospitalier, au moyen de la DSIE) lors de l'orientation de la personne vers un centre de réadaptation pour des services externes;
- Dès que possible, le CSSS débute les démarches d'inscription pour le transport adapté.

Les établissements prestataires de services s'engagent à :

- Assurer un délai de réponse de deux jours ouvrables entre l'envoi de la DSIE et la décision sur l'acceptation ou non de la demande d'admission ou d'inscription;
- Confirmer, selon le cas, l'admission ou l'inscription auprès de l'établissement référent, 24 heures ouvrables avant celle-ci, soit par un avis d'acceptation ou un suivi d'intervention provenant de l'application DSIE;
- Informer le CSSS (au moyen de la DSIE) lors de l'orientation de la personne vers un centre de réadaptation pour des services externes;
- Compléter l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), pour des demandes de Soutien à domicile (SAD) ou pour l'hébergement, et le transmettre, au moment de la référence, au CSSS d'appartenance de la personne.

¹ Par prendre en charge, on entend :

- 1) assurer la prestation des services requis, selon le mandat du CSSS et le type de ressources disponibles au CSSS
- 2) ou assurer la coordination par l'entremise d'ententes de service avec les établissements partenaires du CSSS, à l'accès aux services médicaux généraux ou de spécialistes et aux autres services cliniques requis.

4 Critères généraux d'admission ou d'inscription

Ces critères d'admission s'appliquent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un établissement offrant les services de réadaptation fonctionnelle intensive ou de réadaptation à intensité variable. Chacun de ces critères doit être respecté au moment de l'admission ou de l'inscription.

4.1 Interne et externe

- 1) Résider sur le territoire d'un CSSS de la région des Laurentides.
- 2) Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus (16 ans pour les brûlures graves).
- 3) Présence d'incapacités interférant avec la reprise des habitudes de vie (AVD et AVQ).
- 4) Potentiel de réadaptation :
 - pronostic favorable d'amélioration sur le plan de son autonomie;
 - potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités;
 - capacité de comprendre et de suivre des consignes simples;
 - capacité de participer activement à la réadaptation.
- 5) La personne, ou son représentant, consent au transfert à un programme de réadaptation fonctionnelle intensive ou à un programme de réadaptation d'intensité variable adapté à sa condition.
- 6) État médical, psychiatrique, chirurgical et postchirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :
 - aucune procédure urgente ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent son transfert;
 - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation ou dans la communauté du réseau local de services;
 - les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active, et s'il y a trachéotomie, il n'y a pas de risque d'obstruction aiguë.
- 7) Absence de troubles de comportement graves non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui.
- 8) Absence de toutes conditions qui pourraient empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat, la réadaptation.

4.2 Interne seulement

- 1) Répondre à l'ensemble des critères inscrits dans la section Interne et externe (4.1).
- 2) Nécessite des services de réadaptation et **des soins médicaux ou infirmiers sur une base quotidienne.**
- 3) **Avoir l'endurance pour participer activement à sa réadaptation :**
RFI : au minimum de 60 minutes consécutives par jour et pouvant augmenter jusqu'à trois fois 60 minutes par jour;
RIV : séance de 45 minutes, trois fois par semaine.
- 4) La personne ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation à l'interne en raison :
 - de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs);
 - de surcharge physique et psychologique pour lui-même ou pour ses proches;
 - en raison d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.
- 5) Statut nosocomial défini (moins de 7 jours), y compris le dépistage ERV et SARM effectué et résultats connus. Absence de Clostridium difficile symptomatique.

4.3 Externe seulement

- 1) Répondre à l'ensemble des critères inscrits dans la section Interne et externe (4.1).
- 2) La personne pourra réintégrer un milieu sécuritaire avec ou sans aide de son environnement.
- 3) Avoir complété les étapes de soins aigus ou de réadaptation interne, si nécessaire.

5 Informations et documents généraux requis lors de l'admission ou de l'inscription

Les informations et les documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription de la personne, ainsi que lors de son admission ou son inscription dans un établissement, s'adressent autant à la clientèle orientée vers la réadaptation fonctionnelle intensive que celle dirigée vers la réadaptation à intensité variable.

5.1 Informations et documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription

Lors de la demande d'admission ou d'inscription à l'établissement, les documents suivants sont demandés :

- 1) La demande principale du formulaire DSIE;
- 2) Les annexes pertinentes.

5.2 Informations et documents généraux requis lors de l'admission ou l'inscription de la personne

Chacun des éléments suivants doit accompagner la personne lors de son admission ou de son inscription :

- 1) Ordonnance de départ (incluant les médicaments réguliers) et le profil pharmacologique récent;
- 2) Feuille sommaire médicale, et si disponible, le protocole opératoire;
- 3) Rapports de laboratoire (hématologie, biochimie, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents;
- 4) Rapports des procédures récentes demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie (date prévue du changement et plan d'enseignement de l'infirmière; plan thérapeutique infirmier (PTI), etc.);
- 5) Confirmation du prélèvement de SARM (ou ERV pertinent) 24 heures avant le transfert de l'interne vers le CRDP Le Bouclier ou le CSSS en interne, si requis;
- 6) Rapports des médecins consultants et des autres professionnels de la réadaptation;
- 7) Plan d'intervention, si disponible;
- 8) Profils de glycémie et d'anticoagulothérapie (incluant les protocoles) lorsque requis;
- 9) Identification de la prise en charge du suivi de l'anticoagulothérapie;
- 10) Numéro de la carte de la RAMQ, avec date d'expiration;
- 11) Mise à jour de la confirmation écrite des rendez-vous de suivis avec le ou les médecins spécialistes (date, heure, nom du ou des médecins, lieu, etc.) depuis l'information transmise dans le formulaire principal de la DSIE lors de la demande d'admission ou d'inscription.

6 Critères généraux de fin d'intervention

La réadaptation fonctionnelle intensive ou la réadaptation à intensité variable prend fin lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présente :

6.1 Externe

- 1) La personne a atteint, en lien avec son projet de réadaptation, les objectifs qui lui permettent une participation sociale optimale.
- 2) La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur la reprise des habitudes de vie (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau).
- 3) La personne refuse de poursuivre sa réadaptation tout en étant apte à prendre des décisions.
- 4) La personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme.
- 5) L'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation.

6.2 Interne

- 1) La personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie (domicile*, centre d'hébergement, ressource intermédiaire (RI) ou alternative (RA), ressource de type familial (RTF) de façon sécuritaire avec ou sans aide et peut, lorsque requis, recevoir des services de réadaptation sur une base externe.
- 2) Répondre à l'un ou l'autre des critères de la section EXTERNE.

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

7 Critères d'admission spécifiques selon les clientèles visées par ce cadre

7.1 Système nerveux

7.1.1 Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant subi une ou plusieurs lésions cérébrales acquises de nature ischémique et/ou hémorragique. L'AVC peut entraîner des incapacités physiques (tels des troubles moteurs, sensoriels, de la coordination, de l'équilibre, de la vision, du langage et/ou de la déglutition) et des incapacités cognitives et psychologiques telles que la modification du comportement et de l'état émotionnel. Les AVC du tronc cérébral font aussi partie de cette clientèle cible.▪ L'incapacité qui résulte de l'AVC est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.▪ Sevrage de la trachéotomie avant le transfert. Si cela s'avère impossible à court terme :<ol style="list-style-type: none">1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert :<ul style="list-style-type: none">- soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures.▪ Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire (excluant les CPAP).
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (système nerveux).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissement receveur :	<ul style="list-style-type: none">▪ CRDP Le Bouclier
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Informations complémentaires pertinentes à la condition de la personne.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.1 Système nerveux

7.1.2 Les lésions médullaires

7.1.2.1 Non traumatiques et traumatiques

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

Définition de la lésion médullaire non traumatique

- Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière ou à la queue de cheval, documentée, d'origine non traumatique, laissant des séquelles significatives et persistantes et présentant une paraplégie ou une tétraplégie.

Nous y retrouvons les étiologies suivantes à titre d'exemples :

- lésion médullaire ischémique ou hémorragique (malformation artérioveineuse, embolie, postexérèse d'anévrisme de l'aorte abdominale);
- lésion médullaire infectieuse (abcès épidual, discite);
- lésion médullaire secondaire à une tumeur primaire (méningiome, épendymome);
- lésion médullaire secondaire à une lésion dégénérative de la colonne (arthrose, sténose spinale, hernie discale);
- syringomyélie;
- myélite transverse;
- spina bifida.

- Toute autre lésion du système nerveux central ou périphérique laissant des séquelles significatives et persistantes et entraînant une paraplégie ou une tétraplégie sera considérée.

Définition de la lésion médullaire traumatique

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

* SCIWORA : Spinal Cord Injury w/o Radiological Abnormality

Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de tous les critères d'admission généraux. ▪ Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie, etc.). Dans le cas de traitement de maintien, les modalités doivent être établies préalablement au transfert et être d'intensité acceptable pour la réadaptation. ▪ Sevrage de la trachéotomie avant le transfert. Si cela s'avère impossible à court terme : <ol style="list-style-type: none"> 1. absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle; 2. pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation; 3. information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert : <ul style="list-style-type: none"> - soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures. ▪ Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire (excluant les CPAP). ▪ Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase. ▪ Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube nasogastrique). ▪ La lésion causant la paraplégie ou la tétraplégie doit être stable médicalement.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/ documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DSIE document principal et page complémentaire (système nerveux). ▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (RFI interne : Traumatique), CRDP Le Bouclier (RFI Externe : Traumatique et RFI Interne/Externe : Non Traumatique).
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7). ▪ Informations complémentaires pertinentes à la condition de la personne. ▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.1 Système nerveux

7.1.2 Les lésions médullaires

7.1.2.2 Tétraplégie ventilo-assistée (TVA)

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

Définition de la lésion médullaire non traumatique TVA

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

Définition de la lésion médullaire traumatique TVA

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

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- La lésion causant la tétraplégie doit être stable médicalement, de façon optimale. Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie, etc.). Dans le cas de traitement de maintien, les modalités doivent être établies préalablement au transfert et être d'intensité acceptable pour la réadaptation.
- Prise en charge préalable par le PNAVD (programme national d'assistance ventilatoire à domicile). Aucune désaturation nocturne depuis une semaine avant l'admission.
- Engagement du CSSS d'appartenance de la personne et du CRDP Le Bouclier à trouver un milieu de vie alternatif au domicile disponible dès le congé (à préciser ultérieurement, selon l'organisation régionale de l'hébergement en DP).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour de thérapie en gymnase. ▪ Durée d'autonomie ventilatoire stabilisée. ▪ Dégonflage du ballonnet réalisé et ventilation à fuite possible de jour et idéalement la nuit. ▪ Aucune désaturation nocturne, sans usage d'oxygène, depuis une semaine avant l'admission. ▪ Niveau de sécrétion acceptable pour le milieu de réadaptation. ▪ Si trachéotomie, absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle. ▪ Utilisation des ventilateurs portatifs depuis deux semaines avec paramètres de ventilation identiques depuis sept jours. ▪ Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube nasogastrique).
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DSIE document principal et page complémentaire (système nerveux). ▪ Pour trachéotomie : <ol style="list-style-type: none"> 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie; 2) raison du maintien de la trachéotomie; 3) essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence; 4) informations sur l'intégrité du larynx : <ul style="list-style-type: none"> - présence de sténose, laryngomalacie, granulome, - histoire de fistule, - mobilité des cordes vocales, - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL, - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie. 5) description de la canule (taille, type). ▪ Spécialistes (pneumologue, ORL, etc.) identifiés avec leurs coordonnées et rendez-vous de suivis confirmés. ▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (RFI : Interne), Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (RFI : Externe) et CRDP Le Bouclier (RFI : Externe).
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7). ▪ Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie) et les paramètres respiratoires. ▪ Texture de la nourriture et consistance (particulièrement pour la clientèle dysphagique) – Formulaire DSIE Nutrition. ▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.
Autres	Attribution de deux ventilateurs portatifs personnels.

7.1 Système nerveux

7.1.3 Traumatismes craniocérébraux (TCC)

Pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, les critères d'admission spécifiques, de fin d'intervention, l'information/documents requis lors de la demande d'admission ou lors du transfert doivent respecter les orientations du Consortium Laurentides.

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant subi une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente, avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Voir catégories de gravité du TCC à la page suivante.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.▪ Sevrage de la trachéotomie avant le transfert. Si cela s'avère impossible à court terme :<ol style="list-style-type: none">1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert :<ul style="list-style-type: none">- soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures.▪ Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire (excluant les CPAP et les appareils d'assistance).
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (système nerveux).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none">▪ Hôpital Juif de réadaptation de Laval (RFI : Interne), CRDP Le Bouclier (RFI : Externe).
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Mise à jour de la DSIE sur les modifications du comportement et de l'état émotionnel (incluant le niveau de comportement et le degré de surveillance).▪ Si une surveillance ou un encadrement est nécessaire, définir les modalités requises.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

Catégories de gravité du traumatisme craniocérébral

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

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

7.1 Système nerveux

7.1.4 Autres pathologies neurologiques

Définition

- Personne ayant subi des pathologies et atteintes neurologiques autres que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes craniocérébraux (TCC) ou les lésions médullaires traumatiques ou non traumatiques. L'incapacité qui résulte est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Les diagnostics suivants font partie des autres pathologies neurologiques :
 - encéphalopathies (ex. : méningites, vasculites, encéphalites, encéphalopathies anoxiques, encéphalopathies métaboliques);
 - tumeurs cérébrales postneurochirurgie;
 - atteintes congénitales ou développementales (ex. : déficits moteurs cérébraux (DMC), hydrocéphalies);
 - maladies génétiques (ex. : mitochondriopathies);
 - maladies dégénératives et héréditaires (ex. ataxies cérébelleuses et autres, atrophies cérébelleuses);
 - maladies neurocutanées (ex. : neurofibromatose, Sturge-Weber);
 - trouble du mouvement (ex. : Parkinson (Stades 2 et 3) , choréoathétose, dystonie);
 - maladies neuromusculaires (ex. : dystrophies musculaires, polymyosites) et lésions nerveuses périphériques (ex. : Guillain-Barré, CIDP, ataxie sensorielle, névrites et polynévrites telles que les polynévrites diabétiques);
 - maladie du motoneurone inférieur (ex. : sclérose latérale amyotrophique);
 - maladies démyélinisantes (ex. : sclérose en plaques);
 - lésions du système autonome (ex. : dysautonomie familiale).

Critères d'admission spécifiques

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

Critères de fin d'intervention en réadaptation

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

Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DSIE document principal et page complémentaire (système nerveux). ▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissement receveur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRDP Le Bouclier
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7). ▪ Informations complémentaires pertinentes à la condition de la personne. ▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.1 Fractures et luxations

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant subi une ou des fractures et/ou une luxation d'origine traumatique ou non.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.▪ Si atteinte du membre inférieur ou du bassin, mise en charge progressive permise.▪ Si atteinte du membre supérieur, mobilisation active permise.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none">▪ CSSS
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Protocole orthopédique et les indications/contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur).▪ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.2 Autres atteintes du rachis sans atteinte neurologique sévère

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant subi une atteinte de la colonne vertébrale de nature aiguë et réversible, traitée (discoïdectomie, laminectomie, fusion vertébrale ou prothèse discale, postvertébroplastie, fracture vertébrale) et sans atteinte neurologique sévère (voir lésion médullaire).▪ La personne présentant une atteinte de la colonne ne doit pas être dirigée systématiquement vers les services offerts à la clientèle des lésions médullaires, à moins de faiblesse importante des membres inférieurs d'origine essentiellement neurologique; problématique s'apparentant à une paraplégie avec impact significatif à la marche.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique).▪ Fournir les information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none">▪ CSSS
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Protocoles orthopédiques et autres, ainsi que les indications/contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur).▪ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.3 Maladies dégénératives ou inflammatoires

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant une pathologie à caractère évolutif présentant une atteinte au niveau des muscles, des os ou des articulations, pouvant altérer la mobilité. De plus, l'évolution de la pathologie peut les mener vers des besoins de remplacement de certaines articulations.▪ Les diagnostics suivants peuvent faire partie de cette catégorie :<ul style="list-style-type: none">- maladies rhumatismales;- ostéoporose;- arthrite;- ostéomyélite;- fibromyalgie.▪ Les arthroplasties électives de la hanche (PTH) et du genou (PTG) font partie de cette catégorie.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.▪ Épisode inflammatoire et/ou douloureux contrôlé n'empêchant pas la participation aux activités de réadaptation.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none">▪ CÉSSS▪ CRDP Le Bouclier (pour certains diagnostics, dont la fibromyalgie et les maladies rhumatismales)
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Protocoles orthopédiques, postopératoires ou autres, ainsi que les indications/contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur).▪ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie pour les PTH-PTG.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.4 Lésions musculo-squelettiques complexes (incluant les blessures orthopédiques graves)

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne ayant subi une ou des lésions musculo-squelettiques complexes (fracture, luxation) du bassin ou des membres inférieurs et/ou membres supérieurs, du massif facial et tout autre poly traumatisme. Ces lésions, d'origine traumatique, entraînent un trouble de locomotion important et des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie. Outre les fractures, les lésions musculo-squelettiques complexes incluent les lésions tendineuses, neurovasculaires et articulaires. Elles peuvent être associées à des atteintes d'autres systèmes ou organes (ex. : rupture vésicale, lésion du plexus sacré, plaie cutanée étendue). Les lésions ou atteintes du rachis (ex. : statut postfusion pour scoliose sévère, multiples fractures ostéoporotiques, etc.) associées obligatoirement à un syndrome douloureux sévère et entraînant des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie sont également considérées.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.▪ Si membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissement receveur	<ul style="list-style-type: none">▪ CRDP Le Bouclier
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Protocole orthopédique, postopératoire ou autre, ainsi que les indications/contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, le plan de mise en charge et limitation de mouvements).▪ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.5 Brûlures graves

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

Définition

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

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
 - Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
Si cela s'avère impossible **à court terme** :
 - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;
 - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;
 - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec la mise à jour au moment du transfert;
 - 4) soins trachéo : maximum de trois aspirations aux 8 heures. Maintien S_aO₂ Air ambiant = 92 % depuis au moins 24 heures.
 - Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.
 - Pas de drain thoracique.
 - Si alimentation entérale, gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation.
 - Gavage par tube nasogastrique uniquement si gastrostomie ou jéjunostomie contre-indiquées.
 - Pas de cathéter veineux via veines jugulaires, sous-clavière, axillaire ou fémorale.
 - Pas de cathéter central autre que cathéter long sous-cutané (Port-a-Cath), Broviac ou accès veineux sous-cutané (PICC line).
-

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de perfusion héparine I.V. ▪ Pas de transfusion. ▪ Pas de bloc épidural.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique). ▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Villa Médica (RFI : Interne), CRDP Le Bouclier (RFI : Externe).
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7). ▪ Protocole respiratoire (incluant le sevrage de la trachéotomie, le cas échéant) et les paramètres respiratoires. ▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert : <ul style="list-style-type: none"> - feuille sommaire d'hospitalisation; - résumé de dossier; - « dossier médical spécifique » - Centre des grands brûlés de Montréal » p. 1 à 4 (document maison).

CLASSIFICATION DES BRÛLURES

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

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

7.2 Système musculo-squelettique

7.2.6 Amputations

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne dont la mobilité et la préhension sont réduites conséquemment à une amputation d'origine traumatique, non traumatique ou conséquemment à une malformation congénitale telle:<ul style="list-style-type: none">- artériosclérose oblitérante;- embolie artérielle;- gangrène;- tumeur;- ulcère chronique.▪ Les personnes ayant subi une réimplantation ainsi que celles ayant subi une hémipelvectomy avec ou sans amputation font aussi partie de cette clientèle cible.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Respect de tous les critères d'admission généraux.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (musculo-squelettique).▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissement receveur	<ul style="list-style-type: none">▪ CRDP Le Bouclier
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Protocole postopératoire et les indications/contre-indications (incluant le niveau fonctionnel antérieur, l'appareillage, le plan de mise en charge et limitation de mouvements).▪ Évaluation et notes d'évolution ou note de congé en physiothérapie.▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

7.3 Atteintes multisystémiques

7.3.1 Déconditionnement et syndrome d'immobilisation

Définition	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne déconditionnée et ayant une perte d'autonomie à la suite d'un épisode de soins récent en milieu hospitalier, avec des diagnostics variables non admissibles aux autres programmes de réadaptation établis (cardiologique, pneumologique ou oncologique). Ces personnes présentent une ou plusieurs comorbidités, une diminution de leurs capacités fonctionnelles due à une réduction de leur mobilité et de leur endurance. Elles ne requièrent plus de soins aigus, mais nécessitent une surveillance et des interventions cliniques dans un milieu de réadaptation.
Critères d'admission spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Clientèle ayant besoin de soins médicaux et infirmiers ainsi que des services de réadaptation.▪ Capacité de réadaptation : fréquence minimale de trois séances de réadaptation par semaine.
Critères de fin d'intervention en réadaptation	<ul style="list-style-type: none">▪ En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.
Informations/documents requis lors de la demande d'admission ou d'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ DSIE document principal et page complémentaire (Multi-systémique).▪ Rapport du professionnel de réadaptation sur le potentiel de retour dans le milieu de vie après la réadaptation.▪ Fournir les informations sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).
Établissements receveurs	<ul style="list-style-type: none">▪ CSSS
Informations/documents requis lors de l'admission ou de l'inscription	<ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations et les documents requis lors de l'admission ou de l'inscription (page 7).▪ Informations mises à jour 24 heures avant le transfert.

Conclusion

La réalisation de ce cadre de référence a permis aux partenaires du réseau de clarifier les profils clientèles selon les diagnostics, de développer une compréhension commune des trajectoires en déficience physique et en santé physique ainsi que les rôles respectifs de chacun. Dans un contexte de réorganisation de la RFI et de la RIV, la réalisation de ce cadre était opportune. Ce cadre devient un outil commun dans la poursuite des travaux régionaux.

Ce travail de collaboration a permis de mettre en lumière certaines difficultés :

- Le comité a convenu de ne pas créer un corridor spécifique pour la clientèle gériatrique, mais plutôt d'inclure cette clientèle dans les corridors en déficience physique et en santé physique. Cependant, une grande préoccupation est soulevée en lien avec la personne âgée ayant un diagnostic de déficience physique ou de santé physique, mais qui ne répond pas aux critères d'admissibilité, notamment lorsque le potentiel de récupération n'est pas présent ou le rythme d'apprentissage de la personne ne correspond pas à ces critères. Cette problématique est particulièrement identifiée pour la clientèle présentant un diagnostic de déficience physique. Il est précisé que le diagnostic permet d'orienter la personne vers le bon corridor de services, mais, à lui seul, il ne peut statuer sur son admissibilité. La présence de besoins de réadaptation doit nécessairement être associée au diagnostic et un potentiel de récupération doit être présent. Il est convenu que, pour accéder à la RFI, le potentiel de récupération et d'apprentissage est plus important que le facteur âge. Donc, les modalités d'intervention doivent être adaptées en fonction des besoins de la personne et de ses capacités. Le PSI demeure l'outil à privilégier pour identifier la meilleure organisation de services en réponse aux besoins de la personne.

Pour les personnes présentant un diagnostic de santé physique, le problème se pose différemment. Les CSSS disposent de différentes ressources pour répondre à cette clientèle. Cependant, la gamme de services varie d'un territoire à l'autre et les critères d'admission à ces ressources méritent d'être clarifiés, afin de préciser la trajectoire. De plus, des travaux complémentaires auront lieu pour spécifier les modalités d'application de ce cadre pour la clientèle présentant des besoins en RIV, et ce, afin de préciser le cheminement de la clientèle dans le continuum de soins ainsi que d'harmoniser les pratiques cliniques au plan régional.

- L'absence de lits de transition pour la clientèle de 65 ans et moins présentant un potentiel de réadaptation, mais pour qui une période de récupération est nécessaire avant de débiter la réadaptation, est un obstacle important. Tous s'entendent pour dire que la personne doit recevoir son service au bon moment, par la bonne personne et que les lits dédiés pour la RFI ou la RIV doivent servir pour la clientèle présentant ces besoins. Donc, le comité recommande que des travaux aient lieu afin d'identifier des ressources pouvant répondre à ce besoin. Ce dernier est identifié autant pour la clientèle ayant un diagnostic de déficience physique que de santé physique.

- La clientèle ayant recours à des services de RFI représente des personnes ayant des atteintes au système nerveux ou au système musculo-squelettique. Dépendant du degré des séquelles et de l'impact sur leur autonomie, certaines personnes ne pourront retourner à domicile et un hébergement spécialisé sera nécessaire. L'absence d'un corridor précisant la trajectoire, les rôles et les responsabilités des acteurs du réseau impliqués dans l'hébergement pour la clientèle ayant une déficience physique, ainsi que l'absence d'une gamme de ressources spécialisées diversifiées et en nombre suffisant, crée une grande confusion dans notre région. Le comité recommande que des travaux soient amorcés pour préciser la trajectoire, les rôles et responsabilités de chacun, entourant l'hébergement des personnes ayant une déficience physique.
- Tout comme les régions de Montréal et de Lanaudière, les intervenants de la région des Laurentides utilisent la DSIE (Demande de Services interétablissements), mais contrairement à eux, ils la complètent de façon manuscrite et la reçoivent des partenaires par télécopieur. Nous savons pertinemment, que pour maximiser la récupération des personnes ayant des besoins de RFI ou RIV, ces dernières doivent recevoir leurs services le plus rapidement après l'événement, et qu'une référence rapide, précise et complète peut avoir un impact important sur le délai de prise en charge. Pour ce faire, l'implantation d'un outil informatisé permettant la transmission des demandes de services interétablissements devient un élément essentiel pour optimiser les références. De plus, le choix de l'outil devrait être harmonisé avec celui utilisé par notre principal référent, soit la région de Montréal, afin que les gains d'efficacité souhaités soient réels.

En terminant, afin de s'assurer que la mise en place de ce nouveau cadre s'implante de façon uniforme au plan régional et que l'on puisse identifier en cours d'application les solutions aux difficultés rencontrées, il est recommandé qu'un comité de suivi soit mis en place.

Glossaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consortiums interrégionaux des soins et de services de l'Ouest du Québec pour les personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave

Les consortiums interrégionaux des soins et de services de l'Ouest du Québec pour les personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave desservent les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de Montréal, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Ils offrent des services aux adultes ayant un TCC modéré ou grave et impliquent les établissements suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital général de Montréal
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation La maison
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Hôpital Juif de réadaptation
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Le consortium des Laurentides, pour sa part, se compose des établissements suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Juif de réadaptation
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier

Le consortium offre une organisation de service reposant sur des liens de collaboration bien définis en fonction des étapes de soins et de services requis par la clientèle ayant subi un TCC modéré ou grave et tient compte des trois niveaux de services pour une offre optimale à la clientèle :

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

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

Déconditionnement et syndrome d'immobilisation

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

Déficience

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

Détérioration aiguë

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

Endurance physique

Aptitude à supporter un effort physique global prolongé.

Habitudes de vie

Selon le PPH (Processus de production du handicap) (Annexe1)

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

Les grandes catégories des habitudes de vie sont :

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

Handicap

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

Incapacité

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

Réadaptation

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

Réadaptation fonctionnelle intensive

Épisode de soins et services de réadaptation offerts de manière intensive et limitée dans le temps, soit en mode hospitalisation ou externe. Services destinés à la clientèle qui présente des incapacités significatives et persistantes, ayant passé la phase aiguë d'une maladie et présentant un potentiel d'amélioration et de récupération identifié. L'objectif est de permettre à la personne d'optimiser son niveau d'autonomie fonctionnelle et de reprendre ses habitudes de vie de façon optimale.

Réadaptation à intensité variable

Épisode de soins et services de réadaptation offerts avec une intensité variable selon la nature du problème de santé physique, soit en mode hospitalisation ou externe. Services destinés à la clientèle qui présente des incapacités temporaires, de nature aiguë et réversible. L'objectif est de permettre à l'utilisateur d'atteindre un niveau d'autonomie optimal en vue d'un retour à domicile grâce aux moyens d'intervention biopsychosociaux réalisés par une équipe interdisciplinaire spécialisée en santé physique.

Réadaptation fonctionnelle et sociale

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

Services de réadaptation

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

Syndrome douloureux sévère

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

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

ANNEXE 1

Processus de production du handicap

Modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies,
traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (Fougeyrollas et al., 1998)

