

Cadre de référence Montérégien

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Programme santé physique et déficience physique

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes suivantes :

Élise Dehem - Chef de service GA/URFI/UTRF – CH Anna-Laberge CISSS de la Montérégie-Ouest
Étienne Veilleux - Directeur adjoint des programmes SAPA CISSS de la Montérégie-Centre
Guy Forcier - Coordonnateur des programmes régionaux DP CISSS de la Montérégie-Ouest
Guylaine Laliberté - Chef d'administration de programmes - Centre de St-Lambert CISSS de la Montérégie-Centre
Isabelle Neas - Directrice adjointe des programmes SAPA de la Montérégie-Est
Karine Paquette - Chef de l'unité du Verger et de la réadaptation SP - H.D. de St-Hyacinthe de la Montérégie-Est
Lise Fortin - Chargée de projet régional CISSS de la Montérégie-Ouest
Lyne Archambault - Chef de programme URFI- DP régional CISSS de la Montérégie-Ouest
Marie-Josée Roy - Directrice adjointe des programmes DI-TSA-DP CISSS de la Montérégie-Ouest
Martine Cloutier, Équipe ministérielle de coordination 514-450, MSSS
Monique Auger - Chef de service SAD-SAPA CISSS de la Montérégie-Ouest
Nathalie Deschênes - Directrice des programmes DI-TSA-DP CISSS de la Montérégie-Est
Nathalie Trudelle, Équipe ministérielle de coordination 514-450, MSSS
Sylvie Bilodeau - Directrice des programmes DI-TSA-DP de la Montérégie-Centre

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

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

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie, 1^{er} mars 2019.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	8
1. CHAMPS D'APPLICATION	8
2. BUT ET OBJECTIFS.....	8
2.1. BUT DU CADRE DE RÉFÉRENCE	8
2.2. OBJECTIFS.....	8
3. FONDEMENTS LÉGAUX.....	9
4. PRINCIPES DIRECTEURS	9
5. MODALITÉS.....	10
5.1. LA SITUATION ACTUELLE EN MONTÉRÉGIE.....	10
5.1.1. PRÉSENTATION DE LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE	10
5.1.2. L'ORGANISATION ACTUELLE DES LITS URFI	10
5.1.3. LES PRINCIPAUX CONSTATS.....	11
5.2. LES CATÉGORIES DE SOINS POST-AIGUS.....	11
5.2.1. LES LITS À FAIBLE INTENSITÉ DE SERVICE EN RÉADAPTATION.....	12
5.2.2. LES LITS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI) EN SANTÉ PHYSIQUE ET DÉFICIENCE PHYSIQUE	12
5.3. LES PROGRAMMES-SERVICES	12
5.3.1. PROGRAMME URFI SANTÉ PHYSIQUE.....	12
5.3.2. PROGRAMME URFI DÉFICIENCE PHYSIQUE	13
5.4. LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉS EN URDI SP ET DP	14
5.4.1. CRITÈRES GÉNÉRAUX	14
5.4.2. CRITÈRES SPÉCIFIQUES D'ADMISSIBILITÉ.....	15

5.4.2.1.	LITS D'URFI SANTÉ PHYSIQUE	15
5.4.2.2.	LITS D'URFI DÉFICIENCE PHYSIQUE	15
5.4.3.	CRITÈRES D'EXCLUSION AUX LITS D'URFI SP ET DP DE LA MONTÉRÉGIE	16
5.5.	OFFRE DE SERVICE EN URFI SP ET DP	16
5.6.	MODALITÉS D'ACCÈS AUX LITS	16
5.6.1.	DEMANDES DE SERVICES	16
5.6.2.	LES GUICHETS D'ACCÈS	16
5.7.	CHEMINEMENT DES DEMANDES	18
5.8.	CRITÈRES DE FIN D'INTERVENTION ET DE CONGÉ	19
6.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS	20
6.1.	RÔLES DES CENTRES RÉFÉRENTS	20
6.2.	RÔLES DU GUICHET D'ACCÈS	21
6.3.	RÔLES DE L'INSTALLATION RECEVEUR (URFI)	22
7.	MISE EN ŒUVRE	23
7.1.	GESTION DES COMMUNICATIONS INTERÉTABLISSEMENTS	23
7.2.	MODALITÉS DE SUIVI	23
7.2.1.	COMITÉ DE SUIVI	23
7.2.1.1.	COMITÉ DE SUIVI TACTIQUE	23
7.2.1.2.	COMITÉ DE SUIVI OPÉRATIONNEL	24
7.3.	TABLEAU DE BORD	24
8.	LISTES DES ANNEXES	25
9.	RÉFÉRENCES	25
ANNEXE 1.		27
ANNEXE 2.		28
ANNEXE 3.		29

ANNEXE 4.....	30
ANNEXE 5.....	31
ANNEXE 6.....	32
ANNEXE 7.....	33
ANNEXE 8.....	34
ANNEXE 9.....	35
ANNEXE 10.....	37
ANNEXE 11.....	38
ANNEXE 12.....	39
ANNEXE 13.....	40
ANNEXE 14.....	42

Liste des abréviations et des acronymes

AVC	Accidents vasculaires cérébraux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BOG	Blessures orthopédiques graves
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Centre Montérégien de réadaptation
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CT Scan	Scanographie ou tomodensitométrie
DI TSA DP	Déficience intellectuelle – Troubles du spectre et de l'autisme – Déficience physique
DMC	Déficits moteurs cérébraux
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DSIE	Demande de services interétablissements
INF.	Infirmière
INF. AUX.	Infirmière auxiliaire
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PIDC	Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
SP	Santé physique
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
URFI SP	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de santé physique
URFI DP	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de déficience physique
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VAC	Dispositifs de cicatrisation par pression négative (marque Vacuum Assisted Closure™)

Avant-propos

La Montérégie est une région administrative du Québec délimitée à l'ouest par la région de Montréal et à l'est par les régions de l'Estrie et du Centre-du-Québec. Elle s'étend du fleuve Saint-Laurent jusqu'à la frontière avec les États-Unis. La Montérégie se compose de 15 municipalités régionales de comté (MRC), de 177 municipalités locales et 2 réserves indiennes.

En raison de la densité de la population et de ses habitudes de consommation des services de santé et de services sociaux, la région de la Montérégie a été découpée en trois territoires de CISSS; le CISSS de la Montérégie-Est, le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Ouest. Ce dernier est responsable de l'offre de services spécialisés en DI, TSA et DP pour l'ensemble de la Montérégie et pour les territoires des RLS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Ainsi, pour compléter l'ensemble des services de réadaptation offerts à leur population respective, les trois CISSS de la Montérégie doivent établir des corridors de services régionaux et interrégionaux.

Introduction

La table des directeurs généraux des trois CISSS de la Montérégie a confié à la Direction des programmes Déficiences (DPD) du CISSS de la Montérégie-Ouest le mandat de piloter les travaux de révision de l'offre de service régionale des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en Santé Physique (SP) et en Déficience Physique (DP) dans le but d'harmoniser et d'améliorer la qualité des services de réadaptation offerts à la population.

Le présent document est le fruit des travaux du comité régional NSA-réadaptation, composé des représentants des directions Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et de la Direction des programmes Déficiences (DPD) du CISSS de la Montérégie-Est, du CISSS de la Montérégie-Centre ainsi que du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ce cadre de référence doit être vu comme l'objectif à atteindre pour avoir une organisation de services plus optimale des lits d'URFI en SP et en DP de la Montérégie permettant d'offrir des services de qualité, sécuritaires et efficaces, à la population de la Montérégie ainsi qu'à celle des territoires des RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie.

1. Champs d'application

Le cadre de référence s'adresse aux gestionnaires, personnel et médecins, œuvrant dans les trois CISSS de la Montérégie, dans le CIUSSS de l'Estrie-CHUS ainsi que dans les établissements du réseau qui réfèrent des usagers de la Montérégie pour des services de réadaptation fonctionnelle en URFI SP ou DP.

Il présente le modèle souhaité d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique ainsi qu'en déficience physique offerts en URFI pour la Montérégie. Il ne couvre pas les lits de réadaptation modérée. La mention de ceux-ci dans la section 6.1 est à titre indicatif et a pour objet de bien distinguer les types de lits de soins post-aigus.

Ce cadre s'inscrit dans un contexte évolutif et devra s'ajuster aux différentes étapes de réorganisation de l'offre de services en URFI de la Montérégie ainsi qu'aux travaux de coordination à réaliser avec la région de Montréal.

2. But et objectifs

2.1. But du Cadre de référence

- Favoriser l'orientation des usagers vers le bon service en fonction de leur profil de besoins;
- Contribuer à une utilisation optimale des ressources de réadaptation disponibles sur le territoire de la Montérégie.

2.2. Objectifs

- Définir le modèle d'organisation régional des services de réadaptation fonctionnelle intensive en URFI SP et DP en Montérégie
- Définir la clientèle cible
- Définir des critères harmonisés d'admission et les critères de congé
- Définir les trajectoires de services et harmoniser les processus d'accès

- Préciser les responsabilités des établissements
- Préciser les modalités de collaboration et de suivi
- Améliorer l'accès aux services de réadaptation fonctionnelle intensive en SP et DP
- Favoriser la spécialisation des services par le regroupement des clientèles

3. Fondements légaux

Le cadre de référence s'appuie sur les assises suivantes :

- Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux
- L'architecture des services de santé et des services sociaux, Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.2004
- Guide de saisie RQSUCH

4. Principes directeurs

Les principes directeurs suivants guident l'organisation des services retenue :

- Le domicile (ou milieu de vie antérieur) constitue la première option à envisager pour l'orientation au congé des soins aigus;
- La continuité, l'harmonisation ainsi que l'efficience comme perspective dans l'organisation des services;
- La disponibilité dans la région de la Montérégie d'une gamme de services répondant aux besoins de la clientèle;
- L'équité dans l'accès et l'intensité des services offerts aux usagers;
- Les soins et services offerts à l'utilisateur à la sortie des soins aigus déterminés à partir de l'évaluation de ses besoins.
- Le profil de la personne, l'approche d'intervention requise, le niveau de complexité des soins médicaux infirmiers tout comme le niveau d'autonomie fonctionnelle détermineront l'orientation au congé des soins aigus (le bon service au bon moment pour le bon usager);
- Le travail en partenariat et en interdisciplinarité avec des outils cliniques probants et communs;
- La planification précoce et conjointe du congé dans tous les milieux de soins;
- L'application de l'approche adaptée à la personne âgée tout au long de la trajectoire le cas échéant;
- Le respect des missions de chaque partenaire;

5. Modalités

5.1. La situation actuelle en Montérégie

5.1.1. Présentation de la région de la Montérégie

En 2017, la population sur le territoire s'élevait à 1, 550 534 d'habitants. La population de plus de 65 ans représente 7 % des habitants et est celle qui a subi la plus haute hausse, soit 4 % depuis les 10 dernières années (données statistiques Québec 2017). **Annexe 1**

5.1.2. L'organisation actuelle des lits URFI

À ce jour, tel qu'illustré à l'**annexe 2**, le territoire de la Montérégie compte 159 lits d'URFI de Santé Physique et 71 lits d'URFI de Déficience Physique répartie entre les trois CISSS.

Chacun des CISSS de la Montérégie à la responsabilité d'offrir à la population de son territoire les services de réadaptation en Santé Physique.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest pour sa part est responsable d'offrir les services spécialisés en DP (déficience motrice, auditive et du langage) pour les territoires des CISSS de la Montérégie ainsi que les territoires des RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Finalement, de façon historique et en raison de la proximité géographique, la région de Montréal rend disponibles certains services à la population de la Montérégie, notamment des services tertiaires et des soins post-aigus.

En plus des 159 lits de Santé Physique et des 71 lits de Déficience Physique, un parc de lit de 17 lits en Santé Physique et de 9 lits de Déficience Physique dans la région de Montréal est dédié pour la population de la Montérégie.

Finalement en raison de la surspécialisation des services requis par leur condition, les clientèles de moins de 16 ans ou celles présentant une brûlure grave ou une blessure médullaire seront desservies dans les lits désignés à Montréal.

Le tableau de l'**annexe 3** décrit le parc de lits montréalais destinés à la clientèle de la Montérégie.

Les lits d'URFI SP et DP ne sont pas tous regroupés physiquement et se retrouvent dans différents types d'installations, soit des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou sur des unités en Centre Hospitalier (CH) :

Le tableau de l'**annexe 4** présente l'organisation des programmes et les variables du RQSUCH qui correspondent aux soins post-aigus et des services de réadaptation fonctionnelle intensive en Montérégie :

Le tableau de l'**Annexe 5** nous présente les installations offrant des services de RFI en interne, leur localisation et l'intensité de leurs services.

5.1.3. Les principaux constats

Les constats suivants se dégagent de l'analyse de l'offre de services et de la consommation des lits de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique et de déficience physique pour l'année 2016-2017 (**annexe 6**).

- L'étendue du territoire de la Montérégie complexifie l'organisation de service et l'utilisation optimale des lits disponibles;
- Les trajectoires régionales de services ne sont pas respectées; les portes d'entrée sont multiples et les démarches sont dédoublées;
- Une confusion existe entre la clientèle correspondant aux profils santé physique et déficience physique;
- Le nombre de lits d'URFI DP en Montérégie est insuffisant; 35 lits dressés, 36 à venir et 7 à Montréal sur un besoin évalué à 135 lits;
- L'utilisation d'un parc commun de lit URFI SP entre le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Est peut nuire à l'une ou l'autre des instances dans les épisodes critiques d'occupation des lits;
- Des lits d'URFI sont disponibles à Montréal pour la clientèle de la Montérégie; leur utilisation n'est pas optimale;
- La clientèle DP occupe des lits en SP ce qui compromet la qualité des services offerts à cette clientèle;
- L'intensité des services offerts dans les lits d'URFI SP ne rencontre pas les standards reconnus;
- L'offre de service de réadaptation spécialisé en DP en externe est insuffisante pour assurer un service continu; les DMS s'en trouvent allongées;
- Le nombre d'usagers NSA dans les CH crée une pression sur les urgences;
- Le besoin de lits de réadaptation augmentera notamment par la croissance de sa population et de son vieillissement ainsi que la mise en place du continuum AVC (URFI DP).

5.2. Les catégories de soins post-aigus

Les soins post-aigus visent à favoriser la récupération optimale de l'autonomie fonctionnelle et le retour à domicile de l'utilisateur.

Le RQSUCH définit trois grandes catégories de lits post-aigus :

1. Le programme de réadaptation / récupération à faible intensité de service
2. Le programme de réadaptation intensive en Santé Physique
3. Le programme de réadaptation intensive en Déficience Physique

Une description de la variable 10 du RQSUCH est présentée en **annexe 7**.

5.2.1. Les lits à faible intensité de service en réadaptation

Le présent cadre de référence ne couvre pas l'organisation de ces lits. La description suivante est à titre indicatif afin de permettre au lecteur de différencier ces lits des lits de réadaptation fonctionnelle intensive.

Ces lits englobent les programmes suivants : programme d'hébergement temporaire (urgence sociale, répit, convalescence), les lits en unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF). Ces lits sont destinés aux usagers nécessitant des interventions en récupération à raison de 0-4 fois/semaine.

Chaque CISSS est responsable de l'organisation et de l'offre de services de ce type de lits afin de répondre aux besoins de sa population. L'objectif poursuivi est de moduler l'offre de services de réadaptation en fonction de la clientèle orientée dans ces ressources, plutôt que de disposer de plusieurs programmes, chacun avec des critères d'admissibilité différents.

5.2.2. Les lits de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en santé physique et déficience physique

L'Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive (URFI) est une unité de soins qui accueille des personnes hospitalisées sans instabilité médicale, avec un potentiel de récupération et présentant de nouvelles incapacités significatives, exigeant une période de réadaptation intensive et /ou qui ne pouvant, dans l'immédiat, retourner dans leur milieu naturel. Les services sont offerts par une équipe multidisciplinaire dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé visant un retour dans le milieu de vie initial ou dans un autre milieu répondant davantage à leurs besoins (RI-RTF-CHSLD- autres).

On retrouve deux types de lits d'URFI soit :

- lits d'URFI relevant du programme-service en Santé Physique sous la responsabilité de chaque CISSS
- lits d'URFI relevant du programme-service en Déficience Physique sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest

5.3. Les programmes-services

Afin de bien distinguer les lits d'URFI SP et DP, il importe de clarifier chacun des programmes services duquel ils relèvent.

5.3.1. Programme URFI Santé Physique

Le programme-service en SANTÉ PHYSIQUE s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les personnes ayant des incapacités temporaires relèvent de ce programme.

Les diagnostics que l'on retrouve dans le programme de Santé Physique sont :

- Fractures et luxations
- Rachis sans Neuro
- Maladies dégénératives et inflammatoires
- Déconditionnement et syndrome d'immobilisation

Ce programme-service inclut également les activités des URFI destinées à la clientèle présentant un PROFIL GÉRIATRIQUE et qui présentent une pluri pathologie et des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, une fragilité avec des déficiences dans plus d'un domaine (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychosocial, etc.). Ces personnes nécessitent l'évaluation de façon systémique des éléments de vulnérabilité et de complexité.

Ces personnes ont un potentiel de réadaptation, mais ne cadrent pas dans une approche traditionnelle de réadaptation intensive : une individualisation de l'intensité des thérapies au niveau de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, ces personnes prennent plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, des personnes dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé, et ce, de façon importante nécessitant une approche spécialisée en gériatrie.

Le tableau de l'**Annexe 8** présente la description de la clientèle par diagnostics admissibles dans le programme de Santé Physique.

5.3.2. Programme URFI Déficience Physique

Le programme-service en DÉFICIENCE PHYSIQUE regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante ainsi qu'à leur entourage. Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich) font aussi partie de ce programme. Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque cela est nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale.

La clientèle du programme regroupe des personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite. Par ailleurs, un changement dans la condition de la personne ayant une déficience physique telle que l'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé peut l'amener vers le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'elle présente les caractéristiques de cette clientèle et que les services ne répondront plus seulement aux besoins liés précisément à la déficience physique.

Les services de ce programme ne sont pas destinés aux personnes qui ont une limitation temporaire et qui ont des besoins en réadaptation.

Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les incapacités significatives et persistantes sont classées dans ce programme.

Les principaux diagnostics que l'on retrouve dans le programme de Déficience Physique sont :

- AVC
- Lésions médullaires traumatiques et non traumatiques
- Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les blessures orthopédiques graves (BOG)
- Amputés
- Traumatismes craniocérébraux (TCC)
- Autres pathologies neurologiques
- Brûlés
- Maladies dégénératives et inflammatoires

Le tableau de l'**Annexe 9** présente la description de la clientèle par diagnostics admissibles dans le programme de Déficience Physique

5.4. Les critères d'admissibilités en URDI SP et DP

5.4.1. Critères généraux

- Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne correspondant à un profil des programmes de SANTÉ PHYSIQUE ou de DÉFICIENCE PHYSIQUE :
- L'atteinte empêche le retour à domicile et/ou l'accès aux services ambulatoires;
- États médical, psychiatrique, chirurgical et post-chirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme) et qui ne nécessitent plus le plateau technique du milieu hospitalier;
 - La personne n'est pas fébrile, les signes vitaux sont stables et aucun changement important dans la condition médicale ou dans ses traitements durant les dernières 48 heures;
 - Aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale prévues dans les jours qui suivent son transfert à l'URFI;
 - Selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation ou si besoin de suivi régulier en milieu hospitalier (dialyse, chimiothérapie) le traitement est compatible avec la participation à la réadaptation;
- 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;

- Pronostic favorable d'amélioration au plan de son autonomie;
 - Potentiel d'amélioration des capacités et de récupération identifiée;
 - Potentiel d'apprentissage ou de compensation des incapacités;
- Capacité de comprendre, de suivre des consignes simples et de collaborer aux interventions;
- Consent, comprend, et s'engage à participer au programme de réadaptation dans le but de retourner dans son milieu de vie antérieur ou un substitut;

5.4.2. Critères spécifiques d'admissibilité

5.4.2.1. Lits d'URFI Santé Physique

Ces critères d'admissibilité s'appliquent aux personnes de 18 ans et plus qui répondent à la définition générale de la clientèle visée par le programme de SANTÉ PHYSIQUE

La personne doit avoir un diagnostic correspondant au profil de Santé Physique (**Annexe 8**) et présenter une aggravation ou de nouvelles incapacités physiques ou cognitives généralement ponctuelles, qui peuvent être de nature aiguë et réversible interférant avec la reprise des habitudes de vie (AVD et AVQ);

La personne doit avoir l'endurance suffisante pour recevoir des interventions intensives (5 jours /sem.) dans les principales disciplines en lien avec ses objectifs de réadaptation;

Clientèle du programme de RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE : l'utilisateur doit avoir l'endurance suffisante pour recevoir des interventions intensives (5 jours/sem.) dans les principales disciplines en lien avec ses objectifs de réadaptation.

5.4.2.2. Lits d'URFI Déficience Physique

Ces critères d'admissibilité s'appliquent aux personnes de 16 ans et plus qui répondent à la définition générale de la clientèle visée par le programme de DÉFICIENCE PHYSIQUE

La personne doit avoir un diagnostic correspondant au profil de Déficience Physique et présenter des incapacités significatives et persistantes qui ont un impact sur la reprise des habitudes de vie (AVD et AVQ).

La personne doit avoir l'endurance suffisante pour recevoir des interventions intensives (5 jours/sem.) dans les principales disciplines en lien avec ses objectifs de réadaptation.

Dans la situation où la participation du client semble limitée, il est possible d'envisager la notion d'essai de réadaptation encadré par des objectifs réalistes.

Le tableau de l'**Annexe 10** présente les critères spécifiques d'admissibilité en DP

5.4.3. Critères d'exclusion aux lits d'URFI SP et DP de la Montérégie

Condition médicale non stabilisée.

Présence de troubles cognitifs et /ou des troubles de comportement perturbateur qui compromet le potentiel de réadaptation.

Présence de douleur, faible endurance ou absence de mise en charge qui compromettent la réadaptation intensive dans l'immédiat.

Nécessiter des services surspécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne en déficience physique (clientèle 0-16 ans, brûlure grave, lésion médullaire traumatique).

5.5. Offre de service en URFI SP et DP

Afin de favoriser la spécialisation, un regroupement de lits dédiés à une même problématique ou diagnostic est favorisé, et ce, en tenant compte des limites géographiques de la région et des ressources disponibles.

Les soins et les services sont offerts dans le cadre d'un Plan d'intervention convenu avec l'utilisateur et ses proches.

Ils sont dispensés par une équipe multidisciplinaire à laquelle est associé un médecin. L'approche d'intervention et la composition des équipes d'URFI en SP diffèrent de celles en DP afin de s'ajuster aux particularités de la clientèle qui s'y retrouve. L'**Annexe 11** présente la composition requise des équipes cliniques en URFI SP ainsi qu'en URFI DP.

Au besoin, chacun des CISSS doit s'assurer que des corridors de services sont établis pour avoir accès à d'autres professionnels ainsi qu'aux plateaux techniques tels que l'imagerie médicale, les services de laboratoire, etc., requis par la condition de l'utilisateur.

5.6. Modalités d'accès aux lits

5.6.1. Demandes de services

Toutes les demandes de services doivent être effectuées par le biais du formulaire DSIE et éventuellement du formulaire REPERE G2. Les demandes doivent être transmises qu'à un seul guichet à la fois.

5.6.2. Les guichets d'accès

Les demandes d'accès aux lits de réadaptation fonctionnelle intensive de santé physique et de déficience physique sont structurées de la façon suivante :

URFI Santé Physique : **Un guichet par CISSS** pour les demandes de la clientèle correspondant au profil du programme de SP. Ce guichet devrait également recevoir les demandes pour l'admission dans les lits de plus faible intensité (de 0-4 fois/semaine pour des usagers nécessitant une période de convalescence ou de récupération avec une offre de services de réadaptation).

URFI Déficience Physique : **Un guichet régional** d'accès pour la clientèle correspondant au profil du programme en Déficience Physique et nécessitant des services de réadaptation spécialisée intensive à l'interne.

URFI Déficience Physique surspécialisée de Montréal : Les demandes concernant les services spécialisés pour la clientèle de moins de 16 ans, la clientèle ayant subi une lésion médullaire traumatique ou pour les grands brûlés doivent être orientées vers les guichets d'accès montréalais prévus pour ces clientèles soit :

- Le Centre de réadaptation Marie-Enfant de l'Hôpital Ste-Justine : pour la clientèle âgée de moins de 16 ans
- Villa Médica : Brûlures graves
- IRGLM : Lésion médullaire traumatique

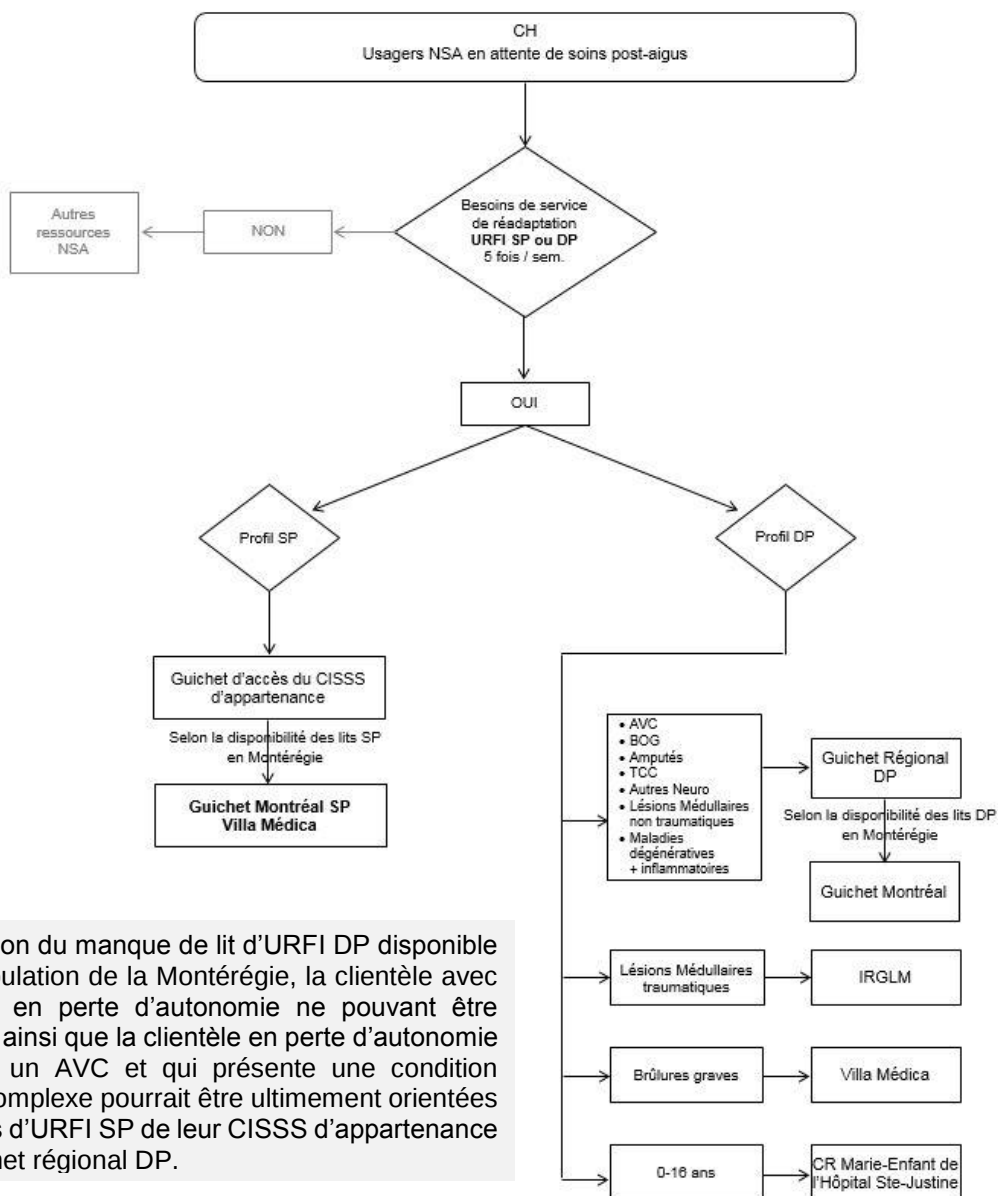
5.7. Cheminement des demandes

Dans le but de favoriser la vision globale et l'équité dans l'octroi d'un lit en réadaptation (URFI SP-DP post-aigus) toutes les demandes devront être acheminées au guichet régional (URFI DP) ou au guichet du CISSS (URFI SP et post-aigus).

Le schéma suivant présente le cheminement des demandes d'admission pour la clientèle de la Montérégie et le service/programme à utiliser dans l'application « Demande de service inter établissements » (DSIE) pour la transmission des demandes de services.

Le schéma du cheminement opérationnel pour sa part se retrouvera à l'**annexe 12**.

Cheminement des demandes de services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle NSA en attente de réadaptation



5.8. Critères de fin d'intervention et de congé

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

- L'utilisateur est en mesure d'intégrer un milieu de vie (domicile, centre d'hébergement, ressource intermédiaire (RI), Résidence privée (RPA), etc.), de façon sécuritaire avec ou sans aide et peut, lorsque requis, recevoir ses services de réadaptation sur une base externe;
- L'utilisateur qui dans le respect de son potentiel et de ses capacités a atteint la portion des objectifs du plan d'intervention nécessite l'encadrement de l'URFI et qu'il n'y a pas de nouveau besoin identifié nécessitant la prolongation du séjour;
- La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur l'autonomie fonctionnelle ou sur l'orientation de l'utilisateur au congé;
- L'utilisateur apte signifie de manière éclairée son intention de mettre fin à son séjour en milieu de réadaptation;
- L'utilisateur n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau);
- L'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation (complications ou instabilité médicale).

Si l'utilisateur retourne à domicile sans demande de service, la feuille sommaire doit être acheminée au médecin traitant.

Les destinations au congé à partir du CHSGS sont les suivantes :

- Retour à domicile (R.A.D.) sans service du CLSC
- R.A.D. avec service du CLSC
- R.A.D. avec service externe de réadaptation
- Hébergement (privée ou publique)
- URFI SP ou DP
- Lits de soins post-aigus (UTRF, Convalescence, Répit, etc.)

Il est à noter que l'utilisateur peut avoir besoin de services externes de réadaptation et de service de CLSC de façon concomitante.

6. Rôles et responsabilités

6.1. Rôles des centres référents

Le référent doit :

- S'assurer que le retour à domicile de l'utilisateur avec des services à domicile et/ou en recevant ses services de réadaptation sur une base ambulatoire n'est pas possible;
- Identifier les besoins ainsi que les objectifs de récupérations visés des usagers qui nécessitent des soins et services de réadaptation en interne et qui répondent aux critères d'admission du Cadre de référence;
- Respecter les mécanismes de référence établis dans le Cadre de référence;
- Compléter avec rigueur la DSIE (**annexe 13** : modalité de complétion de la DSIE), document principal intégré et les formulaires pertinents (incluant l'intensité des services de réadaptation actuellement offerts) et l'envoyer au guichet le plus tôt possible lorsque l'orientation est déterminée lors de la planification du congé;

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

- Les guichets se gardent le droit de refuser une demande incomplète ou de mauvaise qualité au CHSGS, en transmettant alors les commentaires explicatifs dans la section à l'établissement « suivi de l'intervention ». La rigueur est donc de mise;
- **Identifier les besoins** de convalescence/récupération/réadaptation de l'utilisateur en vue de son retour dans son milieu de vie antérieur;
- Les besoins identifiés doivent être **précisés** : par exemple, des besoins de stimulation, des enseignements, de la surveillance, etc.;
- Les besoins identifiés par l'équipe du CHSGS doivent être **cohérents avec les besoins et objectifs de l'utilisateur qui est un partenaire** à la démarche;
- Faire la **recommandation** quant à l'**intensité et la capacité** de l'utilisateur selon l'équipe interdisciplinaire du CHSGS;
- Déclarer tous les diagnostics secondaires;
- Assurer que les dépistages d'infections nosocomiales soient complétés selon les règles du Cadre de référence et les directives régionales émises par la DSP et que les résultats soient inscrits dans la DSIE;
- Répondre à toutes demandes du personnel du guichet dans les 24 heures;
- Aviser le personnel du guichet rapidement (dans les 24 heures) de tout usager qui retourne en soins actifs, de tous changements dans l'orientation de l'utilisateur (services à domicile, services externes de réadaptation ou toutes autres ressources) ou de toute annulation / abandon de demande, et ce par la DSIE;
- Réévaluer au besoin la condition de l'utilisateur durant l'attente d'un lit de réadaptation et aviser le guichet de tous changements par la DSIE;
- Collaborer auprès du guichet et fournir avant l'admission, les informations sur les fournitures particulières ou du matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, etc.) ainsi que toutes les précisions additionnelles ou et autres informations spécifiques demandées par le guichet d'accès;

- Assurer, pour la clientèle ayant un profil gériatrique, que les principes de l'approche adaptée à la personne âgée sont en place dès l'admission dans le but d'éviter le déconditionnement;
- Au moment du départ de l'usager vers un autre centre, les informations à transmettre doivent se retrouver dans l'enveloppe de départ tel que présenté à l'**annexe 14**.

Changement dans la condition médicale de l'usager

- Lorsque l'état d'un usager en liste d'attente pour un lit de réadaptation intensive se déstabilise, le centre hospitalier doit en informer sans délai le guichet concerné, et ce, en envoyant une page complémentaire dans l'application DSIE ou une mise à jour de la DSIE;
- Lorsque l'usager est à nouveau prêt à amorcer le processus de réadaptation, le référent doit transmettre une mise à jour de la DSIE;
- Une demande concernant un usager dont l'état s'est déstabilisé peut-être maintenu en attente jusqu'à concurrence de 48 heures. Si après ce délai, l'état de l'usager ne permet pas son transfert vers un lit de réadaptation, sa demande doit être retirée de la liste d'attente et fermée. Dans ces situations, un avis de fin d'intervention est transmis par le guichet (du CIUSSS ou régional) à l'établissement référant par l'application DSIE;

6.2. Rôles du guichet d'accès

Le rôle du guichet d'accès en SP ou en DP est de recevoir et analyser les demandes pour orienter les usagers vers la ressource pouvant le mieux répondre à ces besoins. Pour ce faire, le guichet :

- Procède à l'évaluation de la demande en s'assurant que :
 - la demande respecte les critères généraux et spécifiques d'admissibilité aux lits de SP ou DP
 - l'usager ne peut retourner à domicile avec services à domicile ou services de réadaptation sur une base ambulatoire;

A noter que le guichet se garde le droit de refuser une demande incomplète ou de mauvaise qualité au CHSGS, en transmettant alors les commentaires explicatifs dans la section à l'établissement « suivi de l'intervention ».

- À moins de consignes régionales particulières, traite les demandes par ordre de réception pour assurer une équité entre les usagers et les CHSGS et répondent au référent, par DSIE, à l'intérieur d'un délai de 24 heures ouvrables suivant la réception de la demande;
- Oriente les usagers vers un lit de réadaptation le plus près possible de leur lieu de résidence en tenant compte des besoins des usagers et de la disponibilité des ressources. L'orientation des usagers vers l'établissement ou l'installation la mieux appropriée se fait en fonction, dans l'ordre suivant :
 - des besoins de l'usager (incluant l'équipement-particularités des soins et des services requis)
 - de la capacité du centre receveur de répondre aux besoins de l'usager (disponibilité des ressources, lieux physiques ou autres)
 - de la disponibilité des lits à proximité du domicile
 - de la disponibilité des lits montréalais
 - des préférences de l'usager.

- Informe le référent, dans l'application DSIE, du lieu (site, installation, établissement) où sera transféré l'usager, si possible et sous réserve de la disponibilité des ressources;
- Au besoin, réoriente la demande vers un autre site, installation ou établissement afin de minimiser les délais d'accès aux services et en informe le référent, dans l'application DSIE, par un suivi de l'intervention;
 - Les demandes doivent être analysées qu'une seule fois. Toute demande réorientée vers un autre guichet ne doit pas faire l'objet d'une nouvelle analyse.
- Afin de ne pas retarder le transfert de l'usager et selon le besoin de l'usager, s'assure auprès du centre receveur de la mise en place des :
 - Soins et services particuliers requis (ex. : VAC, antibiothérapie)
 - Équipements requis.
- Transmet à l'établissement receveur l'ensemble des informations pertinentes à l'admission et au service;

6.3. Rôles de l'installation receveur (URFI)

- Mettre tout en œuvre pour admettre l'usager le plus rapidement possible;
- Aviser le guichet d'accès de la disponibilité de lits le cas échéant;
- L'équipe interdisciplinaire (soins et réadaptation) réalise un plan d'intervention individualisé (PII) en collaboration avec l'usager afin de cibler les objectifs de réadaptation durant l'épisode de service en URFI. Le PII sert également à la planification du congé et à la transmission des informations aux services devant assurer la continuité suite au congé;
- Durant le séjour en URFI, l'équipe doit procéder régulièrement à une réévaluation de la situation;
- Lorsqu'un usager retourne en soins actifs au CHSGS alors qu'il séjourne dans un lit de réadaptation, le lit est préservé *pour une période maximale de 48 heures* ou jusqu'à confirmation de son hospitalisation sur une unité de soins, et ce, selon l'analyse qui est faite de la situation;
- Le retour au milieu de vie naturel est préconisé dans les meilleurs délais et sa planification débute dès l'admission;
 - Dans le but de planifier le congé et d'assurer la continuité des services, dès l'admission et tout au long du séjour, des échanges sont tenus entre les intervenants en réadaptation, le médecin traitant et le personnel de soins, les intervenants des services à la communauté (1re ligne) ainsi que la personne et ses proches;
 - Des mesures facilitatrices sont entreprises pour faciliter le passage en externe dès que la personne est apte à retourner dans son milieu de vie antérieur de façon sécuritaire, incluant les congés temporaires, lorsque pertinents;
 - Des modalités de coordination sont présentes entre l'équipe de l'URFI et les équipes qui assureront la continuité des services;

7. Mise en œuvre

7.1. Gestion des communications interétablissements

Chaque établissement de la région de la Montérégie doit désigner un répondant. Une liste de personnes « répondantes » pour chaque guichet est constituée pour la région de la Montérégie. Les CISSS sont responsables d'établir, de diffuser et tenir à jour cette liste.

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

- les demandes effectuées par leur établissement

ou

- les demandes reçues et traitées par leur établissement;

afin :

- d'effectuer les suivis requis à l'interne pour que soient apportés les correctifs requis;
- de favoriser le dénouement des litiges interétablissements;
- de s'assurer de la transmission efficace des informations en lien avec les processus de demandes de réadaptation intensive;

7.2. Modalités de suivi

7.2.1. Comité de suivi

Deux comités ont la responsabilité de s'assurer du bon fonctionnement de l'organisation de services mise en place.

7.2.1.1. Comité de suivi tactique

Sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest, le comité de suivi aura pour mandat de coordonner l'actualisation des orientations du présent cadre de référence, d'analyser l'impact des changements et de procéder aux ajustements des orientations lorsque requis.

Plus spécifiquement, les responsabilités du comité sont :

- Faire un état de situation de l'avancement de l'actualisation des orientations
- Prendre acte des difficultés liées à la mise en place des orientations et convenir des pistes de solutions
- Assurer un suivi des indicateurs de résultats
- Procéder aux ajustements du cadre de référence pour améliorer l'efficacité des trajectoires.
- Assurer le lien avec la région de Montréal
- Faire les représentations requises en lien avec l'évolution des besoins de la clientèle

- S'assurer du traitement de tout litige qui lui est soumis

Composition : Directeur ou directeurs adjoints DI-TSA-DP de chaque CISSS
 Directeur ou directeur adjoint DPSAPA de chaque CISSS
 Responsables des guichets d'accès SP et DP.

Fréquence des rencontres : minimalement 2 fois par année en présence ou par un moyen technologique.

7.2.1.2. Comité de suivi opérationnel

Sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest, le comité opérationnel aura comme mandat de mettre en place les actions requises pour l'actualisation des orientations, de s'assurer du bon fonctionnement des modalités, d'analyser les résultats et en faire état au comité tactique.

Plus spécifiquement, le comité opérationnel :

- Prendre les moyens nécessaires pour actualiser les orientations concernant son champ d'activités et en assurer le respect
- Assurer le suivi du plan d'implantation et en faire état au comité tactique
- Traiter de toutes difficultés opérationnelles et y apporter les solutions
- Assurer la finalisation du tableau de bord, faire l'analyse des résultats et en faire état au comité tactique
- Assurer le maintien des communications fluides entre les partenaires
- Soumettre au comité tactique toutes problématiques d'ordre tactique ou stratégique ou tout autre litige non résolu

Composition : Responsables du guichet d'accès SP de chaque CISSS
 Responsable du guichet d'accès DP de la Montérégie
 Responsable de la gestion des lits de chaque CISSS
 1 chef d'URFI SP par CISSS
 1 chef d'URFI DP

Fréquence des rencontres : minimalement 6 rencontres par année en présence ou par un moyen technologique.

7.3. Tableau de bord

Un tableau de bord permettant de mesurer l'occupation des lits, le respect et l'efficacité des trajectoires établies et le respect des processus mis en place doit être mis en place.

Les données recueillies devront inclure les informations concernant l'utilisation du parc de lit montréalais dédié à la clientèle de la Montérégie.

Les indicateurs et modalités de suivi sont à définir.

8. Listes des annexes

- Annexe 1 : Habitants de la Montérégie par groupe d'âge
- Annexe 2 : Parc de lits URFI par CISSS – automne 2018
- Annexe 3 : Parc de lits montréalais destinés à la clientèle de la Montérégie
- Annexe 4 : Organisation des programmes et des variables du RQSUCH des soins pots-aigus en Montérégie
- Annexe 5 : Localisation des installations et intensité des services offerts – janvier 2018
- Annexe 6 : Utilisation des lits URFI en Montérégie 2016-2017
- Annexe 7 : Description variable 10 RQSUCH (Extrait du Guide de l'utilisateur et lexiques variables, relevé quotidien de la situation à l'urgence et en Centre hospitalier (RQUSUCH) J74 V.3)
- Annexe 8 : Diagnostics admissibles aux programmes de santé physique
- Annexe 9 : Diagnostics admissibles aux programmes de déficience physique
- Annexe 10 : Critères spécifiques d'admissibilité en DP
- Annexe 11 : Ressources humaines requises en URFI SP et DP
- Annexe 12 : Processus opérationnel d'une demande pour un lit en URFI DP ou SP
- Annexe 13 : Modalités relatives à la complétion des DSIE
- Annexe 14 : Enveloppe de départ CHSGS

9. Références

- Juin 2017 - Cadre de référence du programme de Soins post-aigus et services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle montréalaise.
- Février 2015 - Cadre de référence des services en réadaptation fonctionnelle intensive interne et externe Mauricie/Centre du Québec.
- Mai 2006 - Cadre de référence sur l'organisation d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive en établissement de réadaptation en déficience physique. Association des établissements de réadaptation en déficience physique de Québec (table des directions cliniques)
- 2004 - Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'architecture des services de santé et des services sociaux, Québec.
- Mars 2015 - Guichet régional d'accès aux lits de réadaptation fonctionnelle intensive en santé physique, Guide de gestion,
- Juin 2017- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive – Définition et critères – CMR
- 2013 – Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie - Tableau représentant la distinction entre les clientèles en DP, SP, réadaptation gériatrique pour l'utilisation de services URFI
- 2017 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en A

Historique du document – CISSS de la Montérégie-Ouest		
CLINIQUE		Date 2019-05-27
Approuvé par	Le Comité de coordination clinique	
Commentaires	Adoption régionale par le biais des comités de direction/coordination clinique de chaque CISSS de la Montérégie	

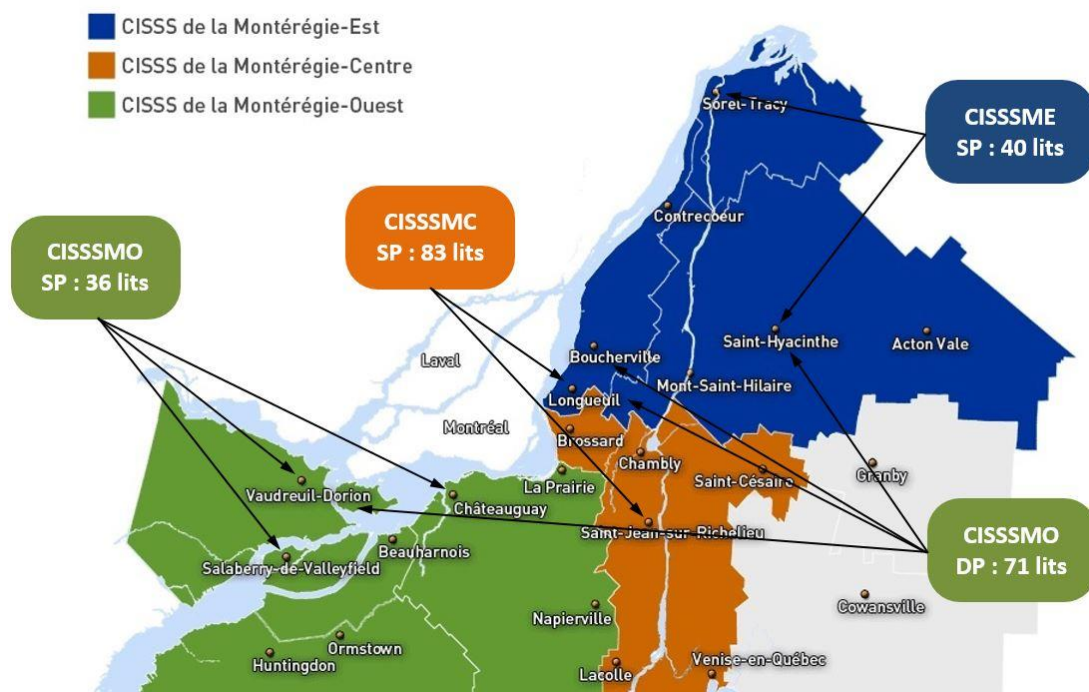
Historique du document – CISSS de la Montérégie-Est		
CLINIQUE		Date 2019-04-09
Approuvé par	Le Comité de coordination clinique	
Commentaires	Adoption régionale par le biais des comités de direction/coordination clinique de chaque CISSS de la Montérégie Adoption confirmée par Nathalie Deschênes, directrice DI-TSA-DP	

Historique du document – CISSS de la Montérégie-Centre		
CLINIQUE		Date 2019-06-12
Approuvé par	Le Comité de coordination clinique	
Commentaires	Adoption régionale par le biais des comités de direction/coordination clinique de chaque CISSS de la Montérégie Adoption confirmée par Étienne Veilleux, directeur DI-TSA-DP	

Annexe 1

Habitants de la Montérégie par groupe d'âge

> Montérégie



Nombre d'habitants par groupe d'âge

RTS / RLS / CLSC	Population totale	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus	15 ans et plus
n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
161 - RTS de la Montérégie-Centre	404 462	22 256	43 118	46 431	106 877	114 453	42 430	28 897	339 088
1611 - RLS de Champlain	217 699	11 487	22 371	24 947	57 524	61 066	23 740	16 564	183 841
16111 - CLSC Samuel-de-Champlain	131 766	6 699	13 255	14 566	34 329	35 671	15 187	12 059	111 812
16112 - CLSC Saint-Hubert	85 933	4 788	9 116	10 381	23 195	25 395	8 553	4 505	72 029
1612 - du Haut-Richelieu-Rouville	186 763	10 769	20 747	21 484	49 353	53 387	18 690	12 333	155 247
16121 - CLSC du Richelieu	70 092	4 456	8 661	7 897	19 716	19 415	6 052	3 895	56 975
16122 - CLSC de la Vallée-des-Forts	116 671	6 313	12 086	13 587	29 637	33 972	12 638	8 438	98 272
162 - RTS de la Montérégie-Est	524 977	27 464	55 529	59 623	131 467	153 046	50 199	39 689	441 984
1621 - RLS Pierre-Boucher	257 262	13 666	26 977	30 192	67 545	74 098	26 325	18 459	216 619
16211 - CLSC de Longueuil-Ouest	64 442	3 596	5 440	6 943	19 129	17 388	6 923	5 023	55 406
16212 - CLSC Simonne-Monet-Chartrand	72 268	3 808	6 970	8 452	18 535	20 855	7 388	6 260	61 490
16213 - CLSC des Seigneuries	120 552	6 262	14 567	14 797	29 881	35 855	12 014	7 176	99 723
1622 - RLS de Richelieu-Yamaska	216 499	11 720	24 347	24 675	53 015	62 607	24 029	16 106	180 432
16221 - CLSC des Patriotes	113 273	6 114	13 441	12 989	27 564	32 988	12 504	7 673	93 718
16222 - CLSC des Maskoutains	87 666	4 809	9 149	10 013	21 942	24 923	9 651	7 179	73 708
16223 - CLSC de la MRC d'Acton	15 560	797	1 757	1 673	3 509	4 696	1 874	1 254	13 006
1623 - RLS Pierre-De Saurel	51 216	2 078	4 205	4 756	10 907	16 341	7 805	5 124	44 933
16231 - CLSC Gaston-Bélanger	51 216	2 078	4 205	4 756	10 907	16 341	7 805	5 124	44 933
163 - RTS de la Montérégie-Ouest	451 699	25 137	53 969	54 578	115 617	131 544	42 847	28 007	372 593
1631 - RLS de Vaudreuil-Soulanges	150 555	8 608	19 055	17 899	39 314	44 319	13 452	7 908	122 892
16311 - CLSC Vaudreuil-Soulanges	150 555	8 608	19 055	17 899	39 314	44 319	13 452	7 908	122 892
1632 - RLS du Suroît	58 012	2 831	5 032	6 519	13 686	17 095	7 240	5 609	50 149
16321 - CLSC de Salaberry-de-Valleyfield	58 012	2 831	5 032	6 519	13 686	17 095	7 240	5 609	50 149
1633 - RLS du Haut-Saint-Laurent ¹	24 599	1 287	2 551	2 855	5 238	7 524	3 108	2 036	20 761
16331 - CLSC Huntingdon ¹	24 599	1 287	2 551	2 855	5 238	7 524	3 108	2 036	20 761
1634 - RLS de Jardins-Roussillon ²	218 533	12 411	27 331	27 305	57 379	62 606	19 047	12 454	178 791
16341 - CLSC Châteauguay ²	83 735	4 857	10 075	10 601	21 364	23 547	7 574	5 717	68 803
16342 - CLSC Kateri	106 483	5 897	14 116	13 473	28 494	30 988	8 735	4 780	86 470
16343 - CLSC Jardin du Québec	28 315	1 657	3 140	3 231	7 521	8 071	2 738	1 957	23 518
16 - Montérégie	1 381 138	74 857	152 616	160 632	353 961	399 043	143 436	96 593	1 153 665

¹ Comprend la réserve indienne de Akwesasne.

² Comprend la réserve indienne de Kahnawake.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux, Estimations de population révisées annuellement (2011-2016), v. 03-05-2017.
Production : équipe Surveillance, DSP Montérégie, mai 2017.

Annexe 2

Parc de lits URFI par CISSS (automne 2018)

URFI Santé Physique	
Installations	Nombre de lits
CISSS Montérégie-Ouest	
CHSLD Aimée Leduc	18
CHSLD Vaudreuil	3
CH Anna Laberge	15
TOTAL	36
CISSS Montérégie-Centre	
Centre St-Lambert	43
CHSLD Marie Ville	40
TOTAL	83
CISSS Montérégie-Est	
CHSLD Hôtel Dieu de St-Hyacinthe	20
CH Honoré Mercier de St-Hyacinthe	10
CH Hôtel Dieu de Sorel	10
TOTAL	40
GRAND TOTAL en Montérégie	159

URFI Déficience Physique	
Installations	Nombre de lits
CISSS Montérégie-Ouest	
CHSLD de Montarville- St-Bruno	15
CHSLD et CRDP Vaudreuil	8
CHSLD Hôtel Dieu de St-Hyacinthe	12
CRDP Boucherville (ouverture automne 2018)	36
GRAND TOTAL en Montérégie	71

Annexe 3

Parc de lits montréalais destinés à la clientèle de la Montérégie

Parc de lits MONTRÉALAIS			
	Nombre de lits	Intensité des services de réadaptation	
SP-		5 jours	
Villa Médica	17		Clientèle : SP
Ajout temporaire*	4		
TOTAL	21		
DP		5 jours	
Villa Médica	2		Clientèle : Amputés
IRGLM	7		Clientèle : Neuro
TOTAL	9		
GRAND TOTAL à Montréal	30		

* 4 lits d'URFI SP supplémentaires à Villa Médica seront temporairement disponibles pour la clientèle de la Montérégie à partir de l'automne 2018 et ce, jusqu'à avis contraire de la part du MSSS.

Annexe 4

Organisation des programmes et des variables du RQSUCH des soins post-aigus en Montérégie :

Nomenclature des lits de la Montérégie		Intensité des services de réadaptation	Mandat			Variables du RQSUCH
			CISS et CIUSSS	CISSSMO	Services surspécialisés (Montréal)	
1- Lits récupération / réadaptation en Santé Physique avec faible intensité de services.	UTRF (variables b) Convalescence (variables c) Répit (variable c) Urgence sociale (variable c)	0-4 fois/semaine	✓			10 b et 10c
2- lits de Réadaptation en Santé Physique (incluant la réadaptation gériatrique)	URFI SP : Incluant les diagnostics suivants : Fractures et luxations Maladies dégénératives et inflammatoires Rachis sans Neuro Déconditionnement et syndrome d'immobilisation	5fois/semaine et plus	✓			10a
3-lits de Réadaptation en Déficience Physique	URFI DP : Incluant les diagnostics suivants : AVC et autres atteintes neurologiques Lésions médullaires non traumatiques TCC Amputations Blessures orthopédiques graves (BOG)	5 fois / semaine et plus		✓		
	Brûlures graves Lésions médullaires traumatiques	5 fois / semaine et plus			✓	

Annexe 5

Localisation des installations et intensité des services offerts

Automne 2018

Nom de l'installation URFI - SP	CISSS	Lits	Intensité des services
CHSLD Hôtel Dieu de St-Hyacinthe	CISSSME	20 lits SP	3-4 fois / sem.
CH - Honoré Mercier	CISSSME	10 lits SP	3-4 fois / sem.
CH - Hôtel-Dieu de Sorel	CISSSME	10 lits SP	4-5 jours / sem.
Centre de St-Lambert	CISSSMC	43 lits SP	4-5 jours / sem.
CHSLD - Centre Ste-Croix de Marieville	CISSSMC	40 lits SP	3-4 jours / sem.
CH - Anna Laberge	CISSSMO	15 lits SP	5 jours / sem.
CHSLD - Centre de Vaudreuil	CISSSMO	03 lits SP	5 jours / sem.
CHSLD - Centre Dr Aimée Leduc	CISSSMO	18 lits SP	3-4 jours / sem.

Nom de l'installation URFI - DP	CISSS	Lits	Intensité des services
CHSLD Hôtel Dieu de St-Hyacinthe	CISSSMO	12 lits DP	5 jours / sem.
CHSLD Montarville de St-Bruno	CISSSMO	15 lits DP	5 jours / sem.
CHSLD et CRDP de Vaudreuil	CISSSMO	08 lits DP	5 jours / sem.
CRDP Boucherville	CISSSMO	36 lits DP	5 jours / sem.

Annexe 6

Utilisation des lits URFI en Montérégie

2016-2017

	Lits dressés	Profil SP	Profil DP	Profil autre	Total Équivalents- lits
CISSSME	40	14,2	15,1	1,2	30,4
CISSSMC	83	29,6	23,8	22	75,4
CISSSMO	36	8,3	19,2	6,2	33,8
Total	159	52,1	58,1	29,4	139,6

Type de lits	Clientèle SP	Clientèle DP	Total	Taux occupation
Lits SP (159)	81,4	58,1	139,5	87,8 %
Lits DP (35)	0	30,8	30,8	88,5 %
Lits Montréal (utilisation : 15 en SP et de 9 en DP)	8,2	11,4	19,6	81 %
Total	89,6	100,3	189,9	87,1 %

Annexe 7

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ IDEM - note de bas de page n° 2.

Annexe 8

Diagnostics admissibles au programme de Santé Physique

Fractures et luxations	Personne ayant subi une ou des fractures et/ou une luxation, d'origine traumatique ou non.
Rachis sans Neuro	Personne ayant subi une atteinte de la colonne vertébrale de nature aiguë et réversible, traitée (discoïdectomie, laminectomie, fusion vertébrale ou prothèse discale, postvertébroplastie) et sans atteinte neurologique sévère (voir lésion médullaire).
Maladies dégénératives et inflammatoires	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 leur pathologie peut les mener vers des besoins de remplacement de certaines articulations. Les diagnostics suivants peuvent faire partie de cette catégorie : maladies rhumatismales, Ostéoporose, Arthrite, Ostéomyélite. Les arthroplasties électives de la hanche et du genou font partie cette catégorie.
Déconditionnement et syndrome d'immobilisation	Personnes déconditionnées et ayant une perte d'autonomie à la suite d'un épisode de soins récente en milieu hospitalier, avec des diagnostics variables non admissibles aux autres programmes de réadaptation établis. Ces personnes présentent une ou plusieurs comorbidités, une diminution de leurs capacités fonctionnelles due à une diminution de leur mobilité et de leur endurance. Ces personnes ne requièrent plus de soins aigus, mais requièrent une surveillance et des interventions cliniques dans un milieu de soins subaigus. Elles ont un potentiel de retour dans leur milieu naturel après une période de réadaptation.

Annexe 9

Diagnostiques admissibles au programme de Déficience Physique

Catégories diagnostics	Définitions
AVC	Personne ayant subi une ou plusieurs lésions cérébrales acquises de nature ischémique et/ou hémorragique. L'AVC peut entraîner des incapacités physiques (telles que 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 et requièrent le plus souvent une admission en milieu spécialisé en raison du type d'atteinte. L'incapacité qui résulte de l'AVC est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales.
Lésions médullaires traumatiques et non traumatiques	Personne ayant subi une lésion complète ou incomplète à la moelle épinière, documentée, d'origine traumatique ou non traumatique, laissant des séquelles significatives et persistantes plus ou moins sévères, et ce, selon la hauteur de la lésion.
Lésions musculo-squelettiques complexes incluant les blessures orthopédiques graves (B.O.G.)	Personne ayant subi une ou des lésions musculo-squelettiques complexes. Ces lésions, d'origine traumatique, entraînent des répercussions fonctionnelles significatives qui ont pour effet de perturber de manière importante ses habitudes de vie et dont le traitement nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire spécialisée.
Amputés	Personne dont la mobilité et la préhension sont réduites conséquemment à une amputation d'origine traumatique, non traumatique ou conséquemment à une malformation congénitale telle : artériosclérose oblitérante; embolie artérielle; gangrène; tumeur; ulcère chronique. Les personnes ayant subi une réimplantation font aussi partie de cette clientèle cible.
Traumatismes craniocérébraux (T.C.C.)	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 dans le schéma suivant.

Autres pathologies neurologiques	Personne ayant 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), spina-bifida, hydrocéphalies). Maladies génétiques (ex. : mitochondriopathies). Maladies dégénératives et héréditaires (ex. ataxies cérébelleuses et autres, atrophies cérébelleuses). Maladies neurocutanées (ex. : neurofibromatose, Sturge-Weber). Trouble du mouvement (ex. : Parkinson, choréathétose, dystonie). Maladies neuromusculaires : (ex. : dystrophies musculaires, polymyosites, myopathies) et lésions nerveuses périphériques (ex. : Guillain-Barré, PIDC, 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).
Brûlés	Personne 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 2e degré profond et du 3e degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez les adultes de plus de 50 ans; brûlures du 2e degré profond ou du 3e degré sur plus de 20 % de la surface corporelle chez les adultes de 16 à 50 ans; brûlures du 3e degré sur plus de 5 % de la surface corporelle; brûlures du 2e ou du 3e 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 (4e degré) incluant celles provoquées par la foudre; brûlures chimiques; brûlures des voies respiratoires.
Maladie dégénérative et inflammatoire	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 leur pathologie peut les mener vers des besoins de remplacement de certaines articulations. Les diagnostics suivants peuvent faire partie de cette catégorie : SLA, Sclérose en plaque, dystrophie, etc.

Annexe 10

Critères spécifiques d'admissibilité en DP

Catégorie diagnostics	Critères d'admissibilité spécifiques
AVC et autres atteintes neurologiques, TCC	• Respect de tous les critères d'admission généraux • Capacité de participer à des interventions de réadaptation (minimum de 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour) • Sevrage de la trachéotomie avant le transfert : Si cela s'avérait impossible à court terme 1. Absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle 2. Pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation 3. Information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert : - Soins trachéo : maximum d'une aspiration aux huit heures • Pas de dépendance ventilatoire • Pour les autres atteintes neurologiques, l'aggravation doit être aiguë et les incapacités et handicaps partiellement réversibles, l'aggravation ne doit pas être consécutive à une détérioration respiratoire
Lésions médullaires non traumatiques	• Respect de tous les critères d'admission généraux • Tous les traitements médicaux actifs doivent être terminés (radiothérapie, chimiothérapie...). Dans le cas de traitements de maintien, les modalités doivent être établies préalablement au transfert et être d'intensité acceptable pour la réadaptation. • Le client ne doit pas présenter d'atteinte au niveau des sphincters • Endurance suffisante pour subir une heure complète par jour d'intervention en gymnase • Alimentation entérale optimale établie avec ou sans gavage par stomie (pas de tube naso-gastrique) • La lésion causant la plégie doit être stable médicalement
Lésions musculo-squelettiques complexes et blessures orthopédiques graves	• Respect de tous les critères d'admission généraux • Si membre inférieur ou bassin, mise en charge progressive permise (selon la disponibilité des lits, la clientèle avec mise en charge est priorisée)
Amputations	• Respect de tous les critères d'admission généraux • Critères d'exclusion : clientèle avec amputation limitée aux extrémités-douls, orteils • Doit être médicalement prêt pour l'entraînement et la préparation à l'appareillage (ex. : pas de plaies limitant l'appareillage)

Annexe 11

Ressources humaines requises en URFI SP et DP

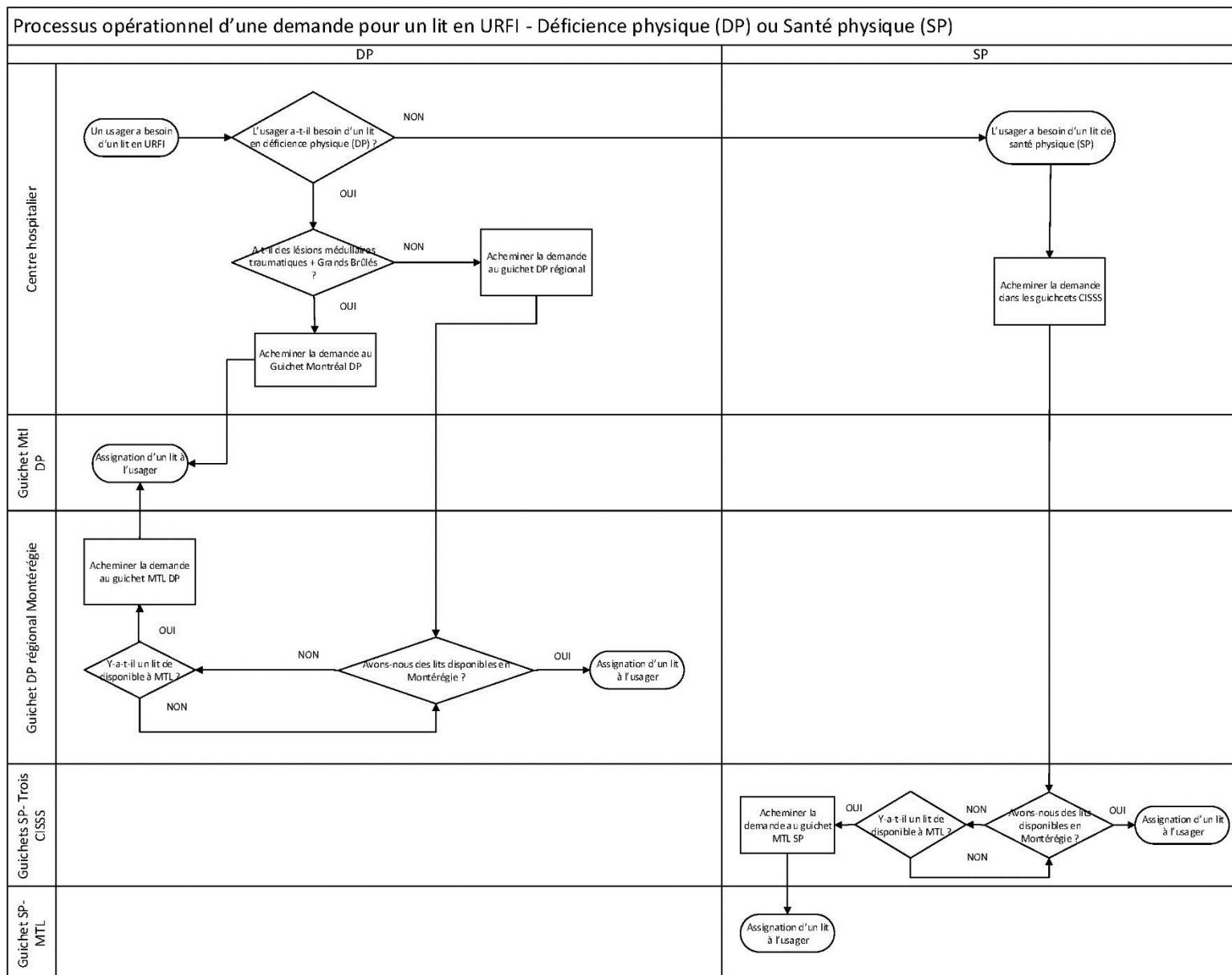
URFI Santé Physique :

Équipe de base	Professionnels requis au besoin
- Équipe médicale - Équipe de soins (inf. – inf. aux – PAB) - Physiothérapeute - Ergothérapeute - Travailleur social - Pharmacien - Nutritionniste	- Orthophoniste - Inhalothérapeute - Dentiste - Optométriste - Audiologiste - Psychologue ou gérontopsychologue

URFI Déficience Physique:

Équipe de base	Professionnels requis au besoin
- Équipe médicale - Neuropsychologue - Équipe de soins (inf. – inf. aux – PAB) - Physiothérapeute - Ergothérapeute - Travailleur social - Pharmacien - Physiatre - Orthophoniste - Nutritionniste - Éducateur spécialisé	- Inhalothérapeute - Dentiste - Optométriste - Audiologiste - Psychologue

Annexe 12



Annexe 13

MODALITÉS RELATIVES À LA COMPLÉTION DES DSIE

DSIE : Liste des éléments à vérifier au CHSGS

À partir du CHSGS la DSIE doit :

- Elle doit être accompagnée de la page complémentaire du programme multisystémique ou musculosquelettique, et selon le cas " sommaire de l'autonomie";
- Autres pages complémentaires requises, s'il y a lieu;
- Si disponible le sommaire médical (surtout dans les cas complexes), mais celui-ci ne doit pas se substituer à la complétion de toutes les sections de la DSIE;
- Si requis : envoi du rapport de comportement
- Profil pharmacologique
- Le potentiel de récupération / réadaptation

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

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

Adresse permanente sur le territoire montréalais;
Consentement;
Validité de la carte RAMQ (n'est pas un critère de refus);
Personne-ressource mentionnée;
Date d'admission;
Situation actuelle : Donner un portrait antérieur et actuel de la situation. À titre d'exemple, dans le cas d'une chute, expliquer le contexte en plus de la cause d'hospitalisation. Indiquer le potentiel de réadaptation En cas de délirium, préciser s'il est résolu ou non. En cas d'utilisation d'une contention, préciser les modalités d'application à l'usager ainsi que les motifs à l'origine du recours. Dans le cas d'un patient qui est médicalement stable (physique et psychique), en aucun cas la contention ne peut être une raison de refus;
Diagnostic principal en lien avec le programme requis (pronostic);
Conditions associées/antécédents médicaux;
Informations médicales (médecins impliqués dans le suivi du patient);
Profil pharmacologique (si celui n'est pas joint à la DSIE);
Allergies;
Tests SARM, ERV et C. difficile : le décompte des selles doit être obligatoirement précisé. Considérer qu'il faut 72 heures de selles non liquides pour accéder au milieu de réadaptation;
Profil nutritionnel;
Équipement spécialisé (bariatrique – VAC/TPN – CPAP/BIPAP – surface thérapeutique); À noter que l'hôpital référant est responsable de faire la demande de Vacthérapie. Un délai de 24 à 72 heures est à prévoir pour recevoir l'équipement.
Délai d'intervention suggéré.

SPÉCIFICITÉS OBLIGATOIRES

1) Thérapie intraveineuse avec ou sans valve

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

2) Stomie

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

3) Vac – thérapie

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

4) Trachéotomie

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

5) Gavage

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

6) Oxygénothérapie

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

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

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

8) Surface thérapeutique

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

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

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

Annexe 14

ENVELOPPE DE DÉPART CHSGS

L'enveloppe de départ du CHSGS doit contenir :

1. La carte de l'hôpital et de la RAMQ;
2. La feuille sommaire médicale;
3. L'ordonnance de départ, qui doit dater de moins de 72 heures, et le profil pharmacologique (feuille d'administration des médicaments) en date du jour du transport;
4. La médication jusqu'au prochain jour ouvrable lorsque demandé par le centre receveur (ex : admission en dehors des heures de livraison de la pharmacie);
5. Les rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, RIN (INR) des cinq derniers jours, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents;
6. Les rendez-vous de suivi planifiés avec le(s) médecin(s) spécialiste(s), s'il y a lieu;
7. Les rapports récents des procédures demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie – date de changement prévue et plan d'enseignement de l'infirmier(ère), etc.);
8. Tous les rapports pertinents, le PII, les soins de plaies, le plan de soins, le plan thérapeutique infirmier, les rapports des professionnels (incluant les dernières notes) et le niveau de soins, s'il est disponible.
9. Les dernières notes médicales

