

Cartable d'information

Services de réadaptation pour les usagers ayant subi un AVC



**À destination des professionnels de la santé et
des services sociaux du réseau montréalais et
lavallois**

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal*

Québec 

Lexique et définitions	2
Mise en contexte	4
Organisation des services de réadaptation en AVC pour Montréal-Laval	5
Détails sur l’outil d’orientation pour les référents, en réadaptation de la clientèle adulte AVC montréalaise.....	9
Offre de services en réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC.....	10
Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) et centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) à désignation AVC de Montréal.....	16
Annexes	18
Annexe 1 : Éléments incontournables de la DSIE.....	19
Annexe 2 : Procédure pour la demande en réadaptation des patients sans RAMQ.....	23
Annexe 3 : Critères généraux d’admission en lits de réadaptation – interne.....	24
Annexe 4 : Critères de fin d’intervention généraux en lits de réadaptation – interne	26
Annexe 5 : Critères généraux d’admission en réadaptation – externe.....	27
Annexe 6 : Critères de fin d’intervention généraux en réadaptation – externe	29
Annexe 7 : Outil d’aide à l’orientation en réadaptation des usagers AVC adulte montréalais, pour les référents.....	30
Références.....	32

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVC Neuros : Accident vasculaire cérébral et autres atteintes neurologiques

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCOMTL : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CCSMTL : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CHR : Centre hospitalier de réadaptation

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CPA : Congé précoce assisté

CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique

CRMUSCAR : Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau

DSIE : Demande de service interétablissements

DI-TSA-DP : Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

IRGLM : Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NSA : Niveau de soins alternatif

OWNSA : Outil web NSA

PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

PPCC : Planification précoce et conjointe des congés

RAIS : Réadaptation axée sur l'intégration sociale

RAMQ : Régie d'assurance maladie du Québec

RFI : Réadaptation fonctionnelle intensive

SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec

SAD : Soutien à domicile

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SARCA : Service ambulatoire de réadaptation pour la clientèle adulte

SPA : Soins post-aigus, parfois appelé lits post-aigus (LPA)

Le cartable réadaptation AVC est destiné aux professionnels du réseau de la santé montréalais et lavallois qui orientent les usagers ayant subi un AVC vers les différents services spécialisés de réadaptation de la région, afin de les guider et offrir à la clientèle les interventions les plus adaptées à leurs besoins spécifiques. Ce cartable vise à recueillir l'ensemble des informations utiles aux professionnels, incluant les différentes offres de service, les critères et les protocoles relatifs à l'admissibilité, l'orientation et la prise en charge des usagers en réadaptation post-aigue. Ainsi, grâce à une connaissance plus détaillée des différents services (incluant les critères d'inclusion et d'exclusion) pour les usagers ayant subi un AVC, le cartable vise à mieux outiller les référents pour l'admission du patient vers le service le plus adapté, tout en optimisant les délais de prise en charge (durée de séjour du patient en CH, délais liés aux demandes de réadaptation).

Il est important de noter que ce document se veut complémentaire au Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins postaigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire.*

Le partenariat de soins avec l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et ses proches est un élément clé dans le processus de réadaptation et de rétablissement de l'utilisateur. Le présent document contient des éléments d'information à adapter qui pourraient être remis à l'utilisateur et ses proches, entre autres, sur les orientations possibles à la suite de l'hospitalisation, les critères d'admissibilité et de fin d'intervention.

Ce document a été réalisé par la Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau (CRMUSCAR) de la Direction des services généraux et des partenariats urbains du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL) et est issue d'un partenariat entre le Comité de travail – AVC RFI interne et services ambulatoires de la Table de réadaptation fonctionnelle intensive de Montréal (RFIM) et le Comité régional AVC de Montréal.

La dernière mise à jour est en date du 2 juin 2024.

Introduction

Les demandes de soins et services spécialisés de réadaptation pour les usagers ayant subi un AVC sont gérées par le Guichet régional d'accès aux services spécialisés de réadaptation en AVC et autres atteintes neurologiques de la région de Montréal (Guichet unique AVC et autres neuro).

Le rôle du guichet d'accès est de s'assurer de l'éligibilité des demandes et de procéder à l'orientation de l'utilisateur en fonction de ses besoins/objectifs.²

Responsabilités du Guichet unique AVC et autres neuro

Le Guichet unique AVC et autres neuro de la région de Montréal est géré depuis le 1^{er} novembre 2018 par le CCSMTL. Son mandat principal est d'assurer l'accessibilité optimale des services de réadaptation pour la clientèle en neurologie, par une saine gestion des demandes en réadaptation qui lui sont acheminées.

Par la suite, l'orientation des usagers vers le CHR se fait, dans l'ordre, en fonction :

1. Du profil et des besoins de l'utilisateur ;
2. De la disponibilité des lits ;
3. Du lieu de résidence de l'utilisateur ;
4. Des préférences de l'utilisateur.

Le *Guide régional d'accès aux services spécialisés de réadaptation en accident vasculaire cérébral et autres atteintes neurologiques de la région de Montréal*, définit :

- Le rôle et responsabilités du Guichet unique AVC et autre neuro;
- Le rôle et responsabilités des référents (CHSGS);
- Le rôle et responsabilités des établissements receveurs;
- Le cheminement des demandes de services via la DSIE³.

Pour les patients sans RAMQ, une procédure existe pour les demandes de réadaptation post-AVC⁴.

Coordonnées du Guichet unique AVC et autres neuro

Téléphone : 514 340-2755

Télécopieur : 514 340-7050

¹ Information tirée du *Guide régional d'accès aux services spécialisés de réadaptation en accident vasculaire cérébral et autres atteintes neurologiques de la région de Montréal*.

² Information tirée du *Cadre de référence – Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire*.

³ Voir annexe 1 pour plus d'information sur les éléments incontournables de la DSIE

⁴ Voir annexe 2 pour plus d'information sur la procédure des demandes en réadaptation des patients sans RAMQ

Courriel : guichet.neuro.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
6363, chemin Hudson, Montréal (Québec) H3S 1M9

Il est possible que des patients ayant subi un AVC ne soient pas éligibles au Guichet unique AVC et autres neuro, mais éligibles à d'autres guichets, tels que le Guichet DI-TSA-DP ou le GAPPA.

Guichet d'accès en déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP)

Les trois Guichets d'accès DI-TSA-DP, qui recouvrent les cinq CIUSSS montréalais reçoivent et traitent les demandes de services en CLSC (spécifiques) et en centre de réadaptation (spécialisés) pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique sur l'ensemble de leurs territoires de desserte.⁵

Guichet lits de soins post-aigus

Le Guichet lits de soins post-aigus de chacun des cinq CIUSSS montréalais reçoit et traite les demandes pour la clientèle présentant des besoins de convalescence ou de récupération fonctionnelle pour lesquels l'intensité des services de réadaptation requis n'excède pas 4 fois/semaine sur l'ensemble de son territoire de desserte.

Le programme s'adresse à une clientèle provenant d'un centre hospitalier, du domicile, d'un centre de réadaptation⁶ :

- Ayant un besoin de récupération fonctionnelle : période de convalescence, de récupération, de réadaptation avant un retour à domicile ou milieu de vie antérieur;
- Qui présente un potentiel de récupération malgré une condition qui oriente vers l'hébergement afin de lui permettre d'améliorer son autonomie et ainsi tenter de faire la différence dans le type d'hébergement requis;
- Dont l'orientation est incertaine (retour à domicile ou dans le milieu de vie antérieur versus orientation en hébergement) nécessitant une évaluation plus approfondie avant de déterminer l'orientation.

Guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie (GAPPA)

Le GAPPA de chacun des cinq CIUSSS montréalais reçoit et traite les demandes de soutien à domicile (SAD) offert par le CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

Outil d'orientation pour la clientèle adulte AVC montréalaise

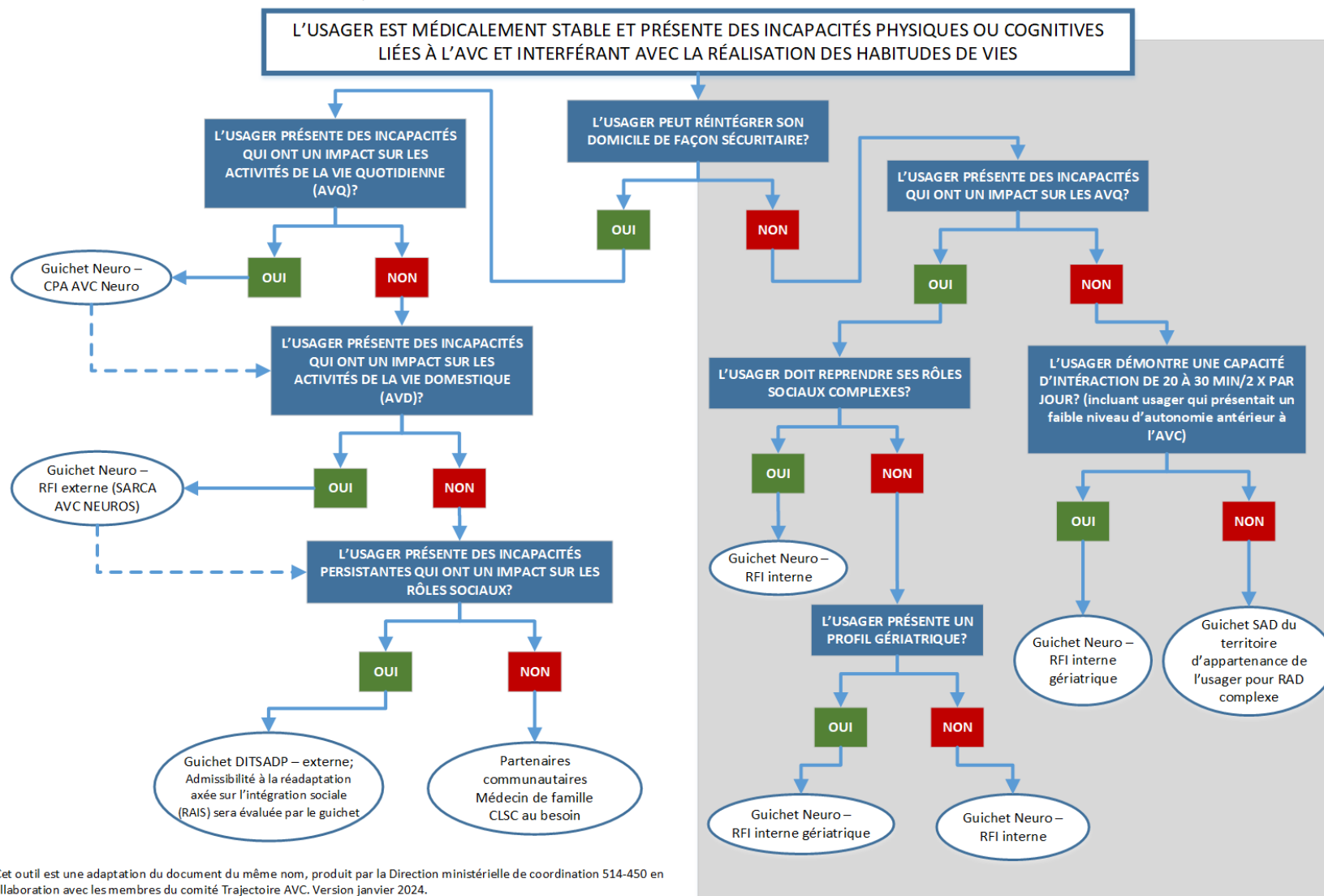
Un outil d'orientation aux services de réadaptation pour les usagers ayant subi un AVC a été développé par la Direction de la coordination ministérielle 514-450 et les membres du Comité Trajectoire AVC.

⁵ Informations en date du 2024-06-02, tirées de: <https://www.ciuSSSnordmtl.ca/zone-des-professionnels/referer-un-usager/guichet-daccés-di-tsa-dp/>

⁶ Informations en date du 2024-06-02, tirées de : <https://www.ciuSSSnordmtl.ca/zone-des-professionnels/referer-un-usager/guichet-daccés-sapa-sad-hebergement-et-services-ambulatoires/services-post-hospitaliers/#c14497>

Selon certains critères d'admissibilité, l'utilisateur est dirigé vers une ressource qui peut le prendre en charge et répondre à ses besoins. L'algorithme, ci-dessous, présente les différentes options possibles selon le profil de l'utilisateur.

OUTIL D'ORIENTATION POUR LES RÉFÉRENTS, EN RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE ADULTE AVC MONTRÉALAISE*



*Cet outil est une adaptation du document du même nom, produit par la Direction ministérielle de coordination 514-450 en collaboration avec les membres du comité Trajectoire AVC. Version janvier 2024.

L'algorithme présenté ci-dessus, permet d'indiquer aux référents, en fonction du profil de l'utilisateur, à quel guichet orienter la demande de réadaptation.

À chaque question, en fonction des réponses « oui » ou « non », l'algorithme oriente soit vers un **guichet**, soit vers une autre **question sur le profil de l'utilisateur**. Dès que la réponse à une question dirige la demande vers un guichet, il faut cesser la poursuite de l'algorithme. Les demandes doivent être dirigées à un seul guichet à la fois. Si le guichet refuse la demande, il est possible que le profil de l'utilisateur ne corresponde pas à la demande effectuée. Il faudra alors recommencer l'algorithme.

Par exemple, si la réponse à « l'utilisateur peut réintégrer son domicile de façon sécuritaire » est « oui » et « l'utilisateur présente des incapacités qui ont un impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) » est « oui », la demande doit être orientée vers le guichet Neuro-CPA AVC Neuro.

De plus, lorsque l'utilisateur ne remplit pas les critères minimums d'admissibilité en réadaptation et qu'en conséquence, toutes les réponses de l'algorithme sont « non », il faut alors référer l'utilisateur au guichet SAD du territoire d'appartenance pour qu'il puisse retourner à domicile avec des services ou qu'il soit dirigé vers une ressource d'hébergement (ex. RI ou CHSLD, selon le profil ISO-SMAF). Advenant une évolution de l'état fonctionnel de l'utilisateur, une nouvelle demande de réadaptation pourra être faite.

Afin qu'un usager ayant subi un AVC soit admis à des soins et services spécialisés de réadaptation, des critères d'admissibilité⁸ généraux s'appliquent. L'usager doit ensuite correspondre à des critères d'admissibilité spécifiques, mentionnés ci-dessous. De même, des critères de fin d'intervention⁹ généraux et spécifiques peuvent s'appliquer et mettre fin aux services de réadaptation.

Planification précoce et conjointe des congés (PPCC)

La PPCC est une pratique qui consiste à regrouper l'expertise de différents intervenants internes et externes à l'hôpital afin de planifier efficacement le congé des usagers, et ce, en¹⁰ :

- Repérant systématiquement les patients ayant des enjeux potentiels au congé;
- Augmentant la concertation de l'équipe interdisciplinaire des unités de soins, des partenaires de l'urgence et de la communauté.

Cette pratique contribue au bien-être de l'usager en l'orientant au bon endroit, de manière sécuritaire, en plus d'avoir un impact favorable sur sa durée de séjour.

Principes de base :

- Réviser et améliorer la trajectoire des personnes âgées;
- Repérer la clientèle vulnérable à partir de l'urgence;
- Réduire le taux NSA;
- Réduire le taux d'hébergement à partir des hôpitaux;
- Favoriser le retour à domicile.

Outil Web sur les Niveaux de Soins Alternatifs (OWNSA)

L'outil web NSA, porté par l'équipe de Vigie des NSA de la CRMUSCAR, est déployé depuis le 1^{er} mars 2023. Cet outil vise à favoriser la fluidité du parcours de soins de l'usager et d'établir une communication simple et efficace entre les CH, CHR, Guichets et CLSC. L'outil permet ainsi de faciliter les échanges entre les intervenants impliqués dans la situation de l'usager en prévision de son transfert.

⁷ Information extraites du *Cadre de référence – Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins postaigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022

⁸ Voir annexes 3 et 5.

⁹ Voir annexe 4 et 6.

¹⁰ Informations extraites d'*Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence – Guide méthodologique*.

Différents critères existent pour inscrire un usager dans OWNSA :

- Inscription de l'usager en PPCC dès que le retour à domicile est identifié comme étant complexe. Cela peut se faire à partir de l'urgence.
- Tous les usagers NSA dirigés vers la RFI et les SPA doivent être inscrits à OWNSA.
- Les usagers FRA sont inscrits à OWNSA seulement lorsque le RAD a été identifié comme étant complexe.
- Les usagers qui proviennent des milieux d'hébergement (CHSLD, RI, RPA) doivent également être inscrits dans OWNSA si le retour à domicile est identifié comme étant complexe.

Orientation des demandes

L'orientation des demandes pour un AVC aigu s'effectue en fonction du profil de besoins de l'usager, conformément à la Trajectoire AVC, et de la disponibilité des ressources, tel que présenté par l'outil d'orientation de la clientèle présentant un AVC suivant:

Précision : En ce qui concerne la clientèle AVC gériatrique, celle-ci doit répondre à un double standard de critères d'admissibilité, soit ceux du programme AVC et autres atteintes neurologiques ET ceux du programme visant la réadaptation gériatrique en santé physique (voir Cadre de référence¹¹). Si la personne ne répond pas aux critères d'admissibilité de la RFI gériatrique, elle pourra être orientée en réadaptation modérée (soins post-aigus) advenant un potentiel de réadaptation.

Pour cette raison, et afin de planifier une transition efficiente et sécuritaire, il est très important que les professionnels de santé en centre hospitalier puissent fournir un portrait le plus détaillé possible de l'usager, afin de pouvoir l'orienter vers la ressource de réadaptation post-aigue adaptée au mieux à ses besoins et à sa condition.

Plan de contingence régional

Un plan de contingence régional en RFI et soins post-aigus permet de déterminer des actions à entreprendre selon le nombre d'usagers hors délais et par conséquent le niveau d'alerte atteint.¹²

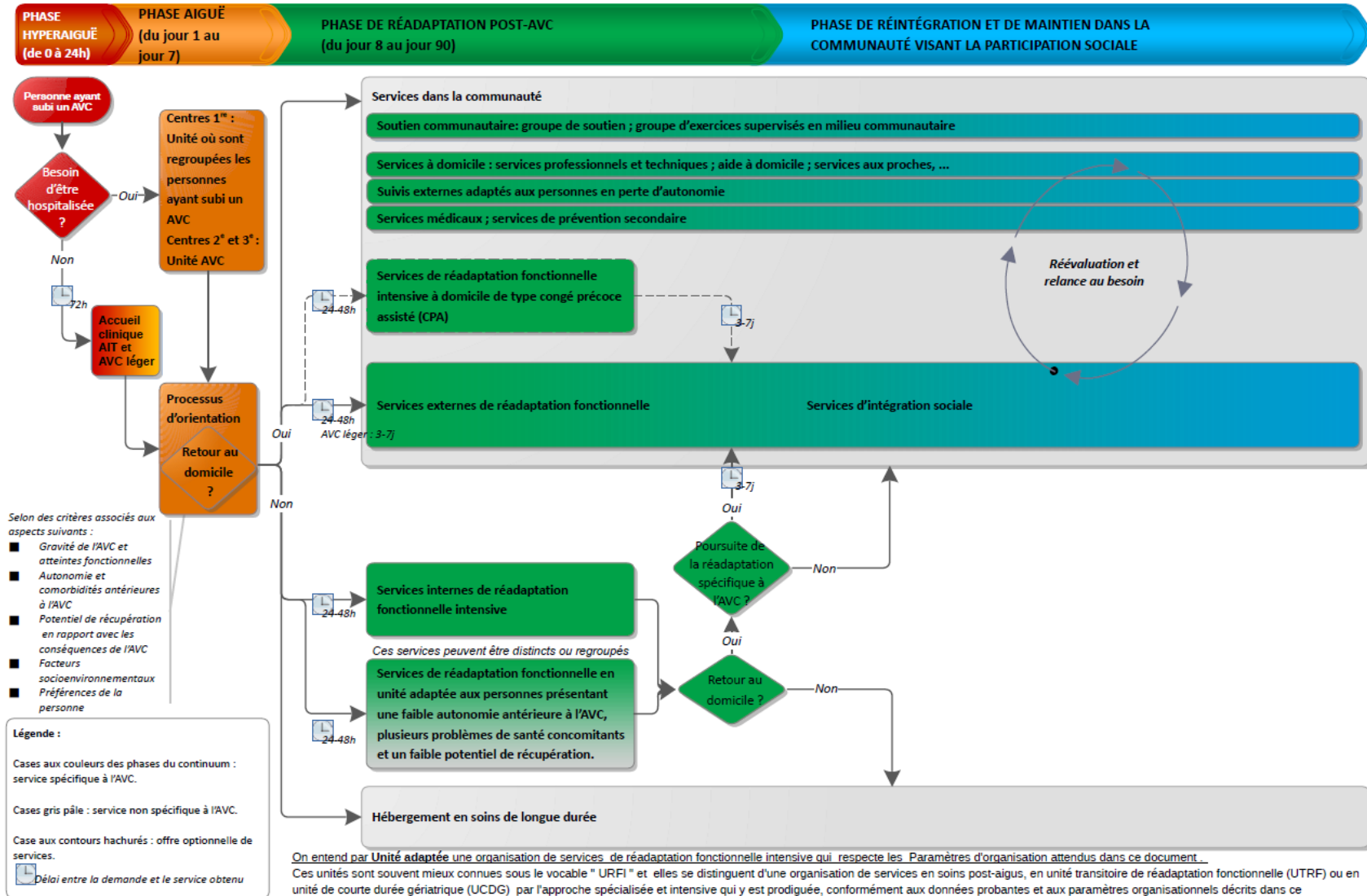
Trajectoire de services du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le document suivant, extrait du *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* et produit par le MSSS fait état de la trajectoire de services pour les personnes ayant subi un AVC.

¹¹ Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022.

¹² Voir *Plan de contingence en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus* – révision 21 septembre 2022.

TRAJECTOIRE DE SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT SUBI UN AVC



On entend par **Unité adaptée** une organisation de services de réadaptation fonctionnelle intensive qui respecte les Paramètres d'organisation attendus dans ce document. Ces unités sont souvent mieux connues sous le vocable "URFI" et elles se distinguent d'une organisation de services en soins post-aigus, en unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG) par l'approche spécialisée et intensive qui y est prodiguée, conformément aux données probantes et aux paramètres organisationnels décrits dans ce document.

Messages clés pour les usagers et leurs proches

Informations à transmettre à l'usager et ses proches durant son hospitalisation :

- Informer sur les activités permises dès maintenant pour favoriser le début de la réadaptation (ex : se tourner dans le lit, etc.).
- Transmettre des fiches sur les étapes menant à l'orientation de départ. Expliquer ce qui est pris en considération pour déterminer la meilleure modalité de réadaptation possible pour l'usager (utiliser les critères d'admissibilité, définir le potentiel de réadaptation et de récupération, etc.)
- Transmettre des fiches sur le type de réadaptation retenue pour l'usager (par exemple : SARCA, CPA, RFI, etc.) en expliquant l'offre de services, les critères de fin d'intervention, etc.
- Définir dans le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) les objectifs à court terme de réadaptation en centre hospitalier en fonction des objectifs de l'usager.
- Préciser que ce n'est pas parce que la réadaptation est terminée qu'il n'y aura plus de progrès possible.
- Préciser la différence entre le potentiel de réadaptation et le potentiel de récupération.
- Préciser que si l'usager ne remplit pas les critères minimums d'admissibilité en réadaptation, il ne pourra pas être orienté vers un service de réadaptation. Il faudra alors le référer au guichet SAD du territoire d'appartenance pour retourner à domicile avec des services ou qu'il soit dirigé vers une ressource de type CHSLD. Advenant une évolution de l'état fonctionnel de l'usager et une admissibilité aux critères de réadaptation, préciser qu'une nouvelle demande de réadaptation pourra être faite au guichet correspondant.

Le tableau suivant¹³ a pour objectif de présenter les différentes offres de services de réadaptation en interne, en externe et à domicile, leurs critères d'admissibilité et leurs critères de fin d'intervention (spécifiques et généraux).

¹³ Les critères d'admissibilités spécifiques sont issus du Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins postaigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022.

	Volet interne	Volet CPA	Volet externe (incluant SARCA neuro/RAIS)
<i>Description des services</i> ¹⁴ :	<ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation à l'interne, donc hospitalisation de l'utilisateur; • Offre de services interdisciplinaires avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros incluant services médicaux et soins infirmiers (possibilité d'interventions unidisciplinaires si la sécurité à domicile est compromise); • Intensité élevée et adaptée au profil de besoins de l'utilisateur; • Durée : variable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation fonctionnelle intensive à domicile; • Offre de services avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros; • Remplace un séjour en réadaptation spécialisée à l'interne; • Intensité interdisciplinaire de 12 à 15h/semaine par usager, incluant soins infirmiers; • Durée : 4 à 5 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation en clinique externe et/ou en télé-réadaptation avec quelques services à domicile selon le besoin; • Offre de services avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros; • Intensité adaptée selon le profil besoin, entre 1 à 5 fois par semaine. Le besoin peut être unidisciplinaire. • Durée : variable, mais généralement entre 8 et 12 semaines selon le profil d'évolution de l'utilisateur.
<i>Critères d'admissibilité spécifiques</i> ¹⁵ :	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de tous les critères généraux d'admissibilité; • Capacité d'apprentissage documentée et capacité à participer à des interventions de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour. Toutefois, pour la clientèle présentant un faible niveau d'autonomie antérieur à l'AVC ou un profil de récupération lente, une capacité d'interaction minimale de 15 à 20 min./2X/jour est requise; • Sevrage de la trachéotomie avant le transfert; Si cela s'avérait impossible à court terme: <ol style="list-style-type: none"> 1) Absence de risque d'obstruction aigüe si décanulation accidentelle; 2) Pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation; 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de tous les critères d'admission généraux; • Réintégration sécuritaire possible dans le milieu de vie; • L'utilisateur reconnaît ses limites et applique les recommandations et consignes; • Capacité de participer activement à des interventions de 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de tous les critères d'admission généraux et spécifiques;

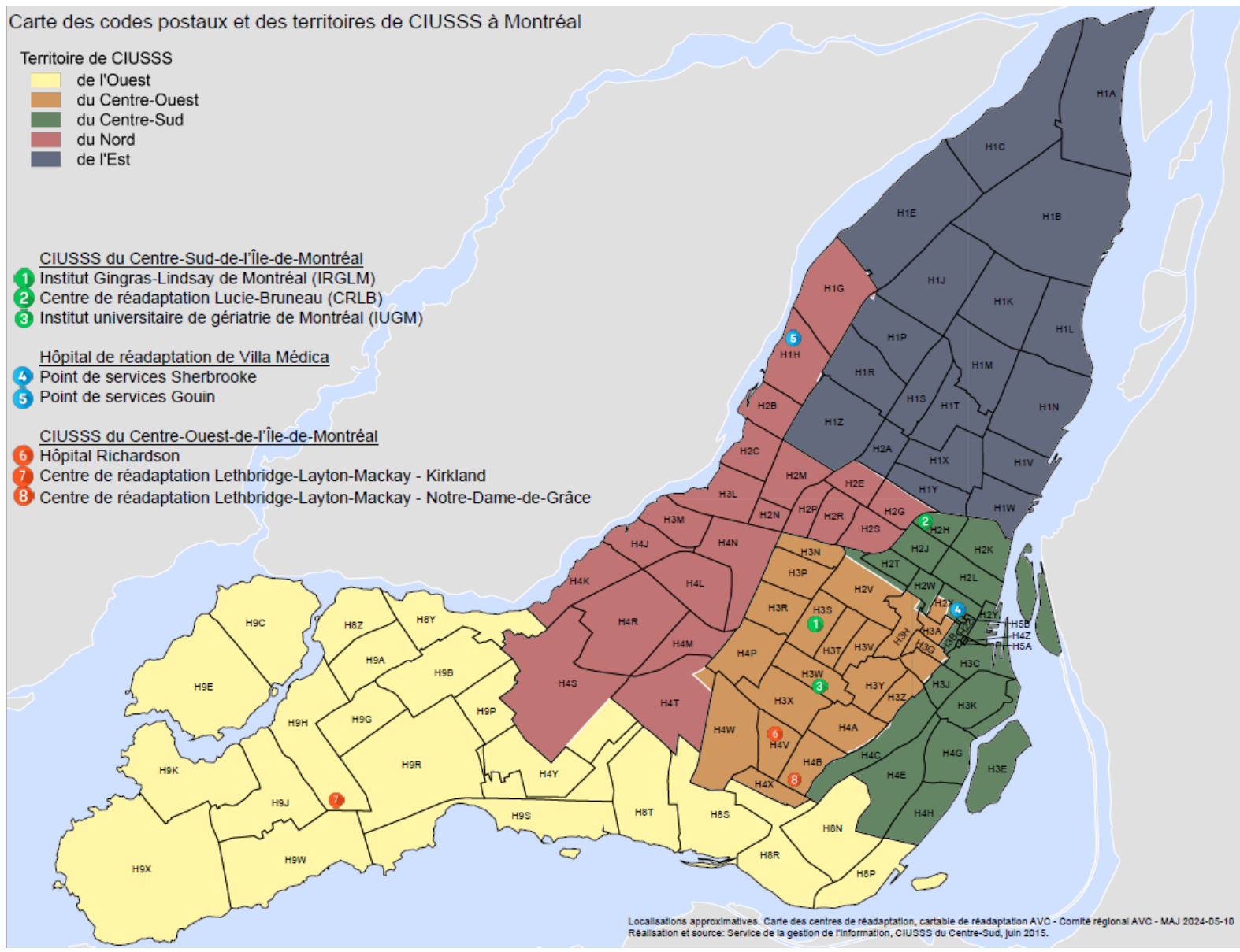
¹⁴ Éléments extraits de l'annexe 7 – *Outil d'aide à l'orientation en réadaptation des usagers AVC adulte montréalais, pour les référents.*

¹⁵ Critères d'admissibilité généraux disponibles en interne et en externe disponibles en annexes 3 et 5.

	<p>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.</p> <p>Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.</p>	<p>réadaptation à domicile 3h/jour, 4 à 5 fois/sem.</p>	
<p><i>Critères de fin d'intervention spécifique¹⁶:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de tous les critères de fin d'intervention généraux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de se rendre avec ou sans services aux RDV pour recevoir les services et interventions nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de tous les critères de fin d'intervention généraux.

¹⁶ Critères de fin d'intervention généraux en interne et en externe disponibles en annexes 4 et 6.

Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) et centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) à désignation AVC de Montréal



La carte ci-dessus fait état de toutes les installations de réadaptation sur l'Île de Montréal vers lequel le Guichet AVC et autres neuro oriente les demandes de réadaptation.

- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
 - Institut Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM)
 - Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB)
 - Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

- Hôpital de réadaptation de Villa Médica
 - Point de services Sherbrooke
 - Point de services Gouin

- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
 - Hôpital Richardson
 - Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay
 - Kirkland
 - Notre-Dame-de-Grâce

OFFRE DE SERVICES ACTUELLE EN AVC DES CENTRES HOSPITALIERS DE RÉADAPTATION (CHR) ET DES CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (CRDP) MONTRÉALAIS

Installations	Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à l'interne	CPA	Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à l'externe	Réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) – sur base externe
CCSMTL – IRGLM	✓		✓	
CCSMTL – CRLB		✓	✓	✓
CCSMTL – IUGM	✓			
CCOMTL – Hôpital Richardson	✓			
Hôpital de réadaptation Villa Médica – point de service Sherbrooke	✓	✓	✓	
Hôpital de réadaptation Villa Médica – point de service Gouin		✓	✓	
CCOMTL – Centre de réadaptation Constance Lethbridge – Notre-Dame-de-Grâce		✓	✓	✓
CCOMTL – Centre de réadaptation Constance Lethbridge – Kirkland		✓	✓	✓

Annexe 1 : Éléments incontournables de la DSIE

Éléments incontournables de la DSIE pour éviter une « situation indéterminée » du *guichet d'accès AVC et autres neuro* lors de l'étude d'une demande provenant d'un centre-référent

Informations générales

- Veuillez remplir toutes les sections ; Écrire N/A ou cocher S/O (sans objet) si disponible ;
- Joindre les rapports des professionnels applicables (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, nutrition clinique, neuropsychologie, etc.) ;
- Écrire directement dans la DSIE la liste des médicaments si le profil pharmacologique ne peut être envoyé en pièce jointe avec la DSIE ;
- Limiter l'écriture en abréviation (lettre) ;
- Soyez le plus concis possible dans les explications que vous fournissez. Si nécessaire et pertinent, joindre le rapport en travail social à la demande ;

Section	Éléments incontournables	Raison(s)
<input type="checkbox"/> Intervenants	<input type="checkbox"/> Indiquer les coordonnées précises et à jour des intervenants. <input type="checkbox"/> Si possible, identifier un intervenant principal.	Facilite la planification de l'admission avec le CHR.
<input type="checkbox"/> Consentement du patient	<input type="checkbox"/> La case <u>consentement</u> du patient est cochée. <input type="checkbox"/> Est-ce que le patient est informé et comprend l'objectif de la RFI ?	Le consentement du patient est essentiel pour le processus de référence, il est donc primordial de confirmer le consentement du patient avant d'envoyer la demande.
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie et date d'expiration valide	<input type="checkbox"/> Indiquer une date d'expiration valide Si expirée : <ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous d'avoir entrepris les démarches auprès de la RAMQ ; • Fournir la preuve de renouvellement ou une date d'expiration valide. En absence de RAMQ, envoyer la PFSI, s'il y a lieu.	S'assurer que les démarches soient effectuées auprès de la RAMQ afin d'éviter que l'utilisateur doive payer les frais liés à la réadaptation.
<input type="checkbox"/> Suivi des rendez-vous médicaux	<input type="checkbox"/> Indiquer les suivis médicaux à venir.	Permet le suivi après la réadaptation.
<input type="checkbox"/> Patient connu du CLSC?	<input type="checkbox"/> Fournir le nom du médecin traitant. <input type="checkbox"/> Fournir le nom du médecin spécialiste. <input type="checkbox"/> Fournir le nom de l'intervenant pivot.	Permet le suivi après la réadaptation.
<input type="checkbox"/> Diagnostic principal	<input type="checkbox"/> Fournir un diagnostic confirmant un évènement neurologique aigu ou subaigu.	Orientation du guichet et programme. Seuls les évènements

		neurologiques aigus ou subaigus sont admissibles au <i>Guichet Neuro</i> .
<input type="checkbox"/> Diagnostic ou antécédents en lien avec le cancer	Compléter les informations suivantes : <input type="checkbox"/> La situation est-elle active ? <input type="checkbox"/> Le pronostic de vie ; <input type="checkbox"/> Traitements oncologiques à venir (chimio/radio) et interférence possible avec la participation en RFI. <i>Si oui, préciser la date du début des traitements et l'horaire.</i>	Orienté la décision du guichet.
<input type="checkbox"/> Profil pharmacologique ou médicaments inscrits directement dans la DSIE	<input type="checkbox"/> Insérer le profil pharmacologique complet ou liste des médicaments.	S'assurer de la disponibilité des médicaments en CHR. L'on demande le profil de médicaments jointe à la DSIE pour éviter les risques d'erreurs.
<input type="checkbox"/> Résultats des tests SARM, ERV et BGNPC	<input type="checkbox"/> Donner les résultats des tests.	Prévention des infections et permettre le cohortage.
<input type="checkbox"/> Délirium précisé	<input type="checkbox"/> Mentionner si le délirium est résolu, il doit être explicité.	Critère du Cadre de référence.
<input type="checkbox"/> Compréhension et capacité d'apprentissage	Fournir les informations suivantes : <input type="checkbox"/> Capacité du patient à suivre des consignes simples/complexes ; <input type="checkbox"/> Démontrer une capacité à intégrer des apprentissages et une capacité de rétention d'information d'une séance à une autre (descriptif des consignes/recommandations retenues et appliquées par l'utilisateur).	Aide à statuer sur le potentiel de réadaptation.
<input type="checkbox"/> Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> À préciser dans la DSIE intégrée ou sur la page complémentaire du système nerveux afin de dresser le profil de l'utilisateur.	Favorise la décision d'acceptation ou de refus plus rapidement en lien avec les critères généraux d'admissibilité dressés dans le cadre de référence + Aide à statuer sur le potentiel de réadaptation.
<input type="checkbox"/> Tolérance aux thérapies	<input type="checkbox"/> Valider si l'utilisateur est capable d'effectuer au moins 60 min. (1 x 60 min. ou 2 x 30 min. continue) de thérapie par jour, à une fréquence de 5x/semaine.	Critère du Cadre de référence.
<input type="checkbox"/> Soins de dialyse	<input type="checkbox"/> Valider si possibilité de déplacer les soins en fin de journée afin de permettre une participation optimale aux thérapies. <input type="checkbox"/> Type de dialyse. <input type="checkbox"/> Est-il porteur d'un cathéter?	Permet de dresser le profil de l'utilisateur et de prévoir son plan de traitement.

	<input type="checkbox"/> Stabilité/débalancement électrolytes.	
<input type="checkbox"/> Contention	<input type="checkbox"/> Valider si sevrage des contentions possible. <input type="checkbox"/> Essai avec mesures alternatives si possible. <input type="checkbox"/> Quelles mesures alternatives ont été mises en place? <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps? <input type="checkbox"/> Quel est le niveau d'efficacité?	Généralement non compatibles avec les différents milieux de réadaptation.
<input type="checkbox"/> Soins de trachéotomie	Fournir les informations suivantes : <input type="checkbox"/> Condition pulmonaire stable*; <input type="checkbox"/> Soins de trachéotomie : maximum de trois aspirations aux 8 heures. <i>*Le sevrage de la trachéotomie peut être fait en réadaptation.</i>	Prévention dans la gestion des risques et la disponibilité du matériel.
<input type="checkbox"/> Soins de plaies	<input type="checkbox"/> Préciser les soins et le matériel requis. <input type="checkbox"/> Sites et stables de plaies.	Prévention des infections et disponibilité du matériel.
<input type="checkbox"/> Nutrition Ces informations doivent être le plus récentes possibles <i>avant le transfert</i> :	<input type="checkbox"/> Joindre les rapports de la nutrition clinique. Si possible, inclure un résumé de la nutrition au congé. <input type="checkbox"/> Voie d'alimentation : NPO, orale, entérale ou mixte. <input type="checkbox"/> Si voie entérale : nasogastrique, gastrostomie, gastrojéjunostomie. <input type="checkbox"/> Solution d'alimentation, débit, horaire (intermittent ou continu), irrigations. <input type="checkbox"/> Textures et consistances de la diète. <input type="checkbox"/> Suppléments nutritionnels oraux, vitamines et minéraux.	Assure la disponibilité du produit à l'arrivée de l'utilisateur en CHR. Si possible, que l'horaire d'alimentation ait le moins d'impact possible sur la participation aux séances de thérapie.
<input type="checkbox"/> Matériel/équipement bariatrique	<input type="checkbox"/> Valider le poids et la taille de l'utilisateur. <input type="checkbox"/> Préciser équipement requis : chaise, fauteuil roulant, chaise d'aisance, etc.	Disponibilité du matériel/équipement à l'admission du patient.
<input type="checkbox"/> Information pour la section communication/vision	<input type="checkbox"/> Donner le maximum d'information complémentaire.	Donne de l'information de base nécessaire sur le profil de l'utilisateur.
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie et équipement respiratoire (CPAP/BPAP)	Transmettre l'information sur : <input type="checkbox"/> Le nombre de litres par min. ; <input type="checkbox"/> La désaturation ; <input type="checkbox"/> L'endurance; <input type="checkbox"/> Si la présence de CPAP/BPAP, s'assurer que l'utilisateur amènera sa propre machine lors du transfert RFI.	Favorise la décision d'acceptation : meilleure compréhension de la situation d'endurance à l'effort vs réadaptation. Cohortage ou chambre spéciale à prévoir.

<input type="checkbox"/> Personnes-ressources/type de résidence	<input type="checkbox"/> Transmettre les coordonnées. <input type="checkbox"/> Précisez si l'utilisateur a un représentant légal.	Assure le contact avec la famille/personne significative pour l'utilisateur et une compréhension du milieu de vie de l'utilisateur.
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse. <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire. <input type="checkbox"/> Autres allergies.	Prévention dans la gestion des risques.
<input type="checkbox"/> Rapports de réadaptation des professionnels pour les demandes SARCA (AVC ou autres neuro)	<input type="checkbox"/> Indiquer quels sont les objectifs à travailler dans chacune des disciplines demandées surtout si rapport non disponible. <input type="checkbox"/> Compléter la Page complémentaire du système nerveux ou le Sommaire d'autonomie.	Permet de mieux comprendre le suivi à poursuivre suite à la réadaptation de l'interne.

Dany Labourdette erg. M Sc, Coordonnateur des guichets de neurologie et santé physique (Février 2015)

Révision Mai 2015

Seconde révision Septembre 2015

Troisième révision par Edith R. White, a.m. Septembre 2017

Quatrième révision par Jean-Michel Fortin, chef de service AEO, CCSMTL Novembre 2019

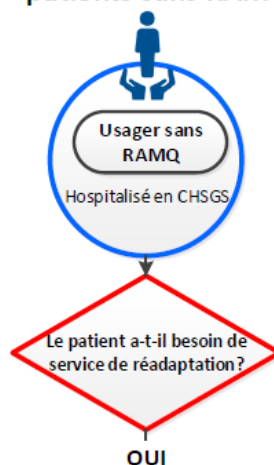
Cinquième révision par Jolin Yuelin Jiang, conseillère au Guichet Neuro Juillet 2022

Sixième révision par Sorin Alexandru Busuioc, chef de service AEO, Jolin Yuelin Jiang, conseillère au Guichet Neuro, et Tian Qiang Wu, conseillère au guichet neuro, CCSMTL Avril 2024

Procédure pour la demande en réadaptation des patients sans RAMQ

Centres de réadaptation de Montréal

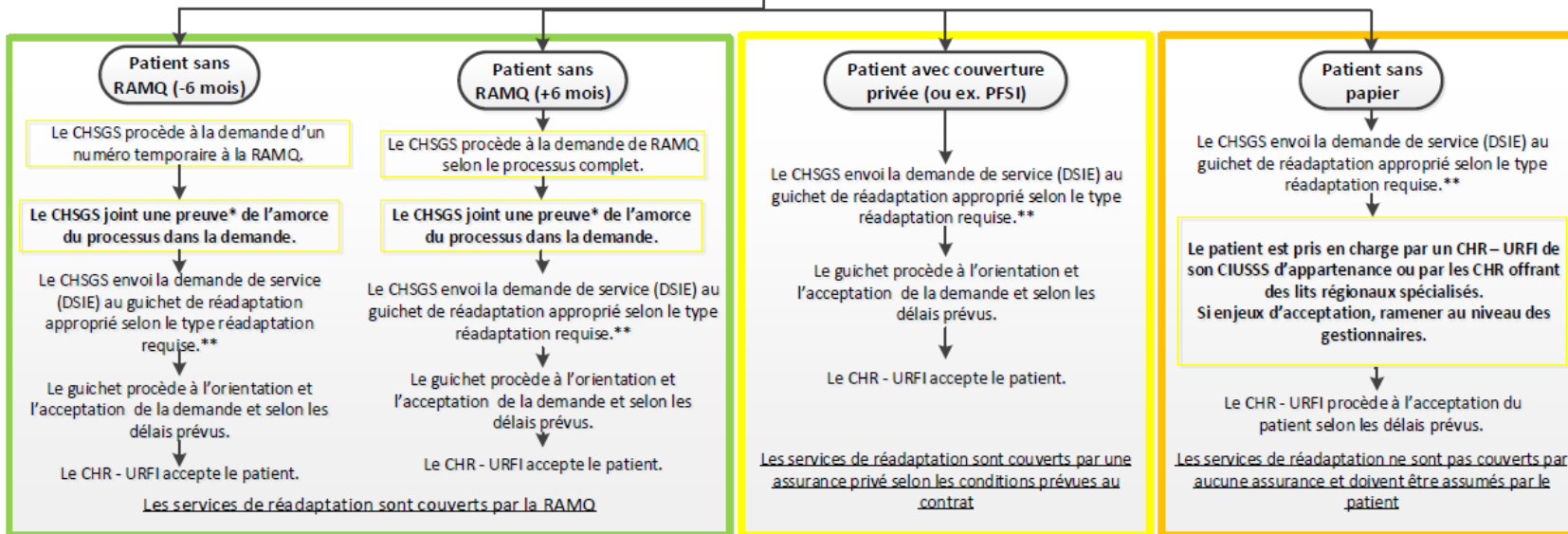
- Hôpital de réadaptation Villa-Médica Hôpital de réadaptation Richardson
- Centre de réadaptation Gingras-Lindsay
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Hôpital Marie-Clarac Centre de réadaptation Champlain
- Centre Armand-Lavergne
- J.H. Charbonneau
- Notre-Dame de la Merci



* **La preuve de l'amorce du processus** qui est demandée est une note dans la DSIE indiquant le début des démarches ainsi que le document de confirmation.

****Guichets de réadaptation**

- Santé physique (guichet CIUSSS)
- AVC et autres neuros (guichet régional)
- Blessés médullaires, TCC, amputations, BOG (IRGLM)
- Brûlures graves (Villa Médica)
- Mont Sinai (réadaptation pulmonaire)



Les critères d'admissibilité généraux s'appliquent à l'ensemble des usagers nécessitant des soins et services dans les lits de soins post-aigus et de réadaptation.

Les usagers admissibles :

- Résident sur l'île de Montréal;¹⁸
- Sont âgés de 18 ans et plus;¹⁹
- Présentent des incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (activités de la vie domestique (PFS) et activités de la vie quotidienne (AVQ)); ne sont pas en mesure de retourner à domicile dans l'immédiat malgré la disponibilité de soins et services à domicile/sur une base ambulatoire OU sont à domicile, mais doivent être admis dans un lit de soins post-aigus pour éviter une hospitalisation via l'urgence (sauf pour la clientèle ayant besoin d'un lit de répit);²⁰
- La personne présente le potentiel et est en mesure de participer pour suivre un programme de réadaptation (endurance, cognition) qui sous-entend une intégration des consignes menant à un gain d'autonomie fonctionnelle;
- Formulaire de consentement lorsque nécessaire et entendu avec le guichet;
- L'usager et la famille acceptent verbalement;
- Présentent un état médical et psychique stabilisé (**sans risque prévisible de décompensation à court terme**) :²¹
 - ✓ Diagnostic établi;
 - ✓ Signes vitaux stables et sans risque de détérioration à court terme incluant les signes vitaux en position couchées, debout et après l'effort (saturométrie, pression artérielle, fréquence cardiaque);
 - ✓ Toutes les conditions médicales ou comorbidités ont été prises en charge incluant l'état physique (besoin de tests diagnostiques approfondis (ex: au niveau cardiaque/pulmonaire), complications post op (ex: ostéomyélite, thrombophlébite profonde, fécalome)), l'état mental (ex: évaluation psychiatrique et plan bien défini et transmis) et l'état cognitif (ex: résolution du délirium/confusion);
 - Si usager présente un diagnostic oncologique, le pronostic est établi et fourni dans la demande d'admission pour éviter les enjeux de décès imminent;
 - Si usager en soins palliatifs (phase terminale MPOC, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale), s'assurer que le pronostic est supérieur à 120 jours;
 - Investigations médicales terminées ou plan de suivi déterminé (rendez-vous fixés) avec support des spécialistes en télémédecine au besoin (ex: psychiatrie, gériatrie);
 - ✓ Cas oncologiques dont le pronostic est établi et fournit dans la demande d'admission et en mesure de participer à la réadaptation malgré les traitements.

¹⁷ Extrait du Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins postaigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022

¹⁸ Pour les usagers de l'extérieur de l'île de Montréal, ce sont les règles habituelles qui s'appliquent (rapatriement et appartenance) à l'exception des lits de réadaptation spécifiquement dédiés à la clientèle des régions autres régions.

¹⁹ LM 18 ans et moins sont admis dans les centres pédiatriques à l'exception des cas de 16 ans et plus avec un profil adulte.

²⁰ Dans ce cas, il faut s'assurer que l'usager ait un médecin de famille.

²¹ Inspiré de : Critères de qualité pour les soins postaigus dans le canton de Berne. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Berne (Avril 2008); Programme de réadaptation gériatrique. Document présenté au comité de révision du cadre de référence en réadaptation fonctionnelle de Montréal. Montréal (Juin 2016); Proposition d'une définition de la stabilité médicale suite à un AVC. IRGLM, CIUSSS CSMTL. Montréal (Juin 2016)

Les usagers répondant aux critères mentionnés précédemment sont admissibles et ne peuvent être refusés en raison de conditions associées, telles que :

- La présence de bactéries multirésistantes;²²
- Des soins particuliers ou des médicaments onéreux requis;
- Une incapacité de prise en charge;²³
- La présence de troubles cognitifs, de troubles mentaux, de troubles du comportement ou d'une autre déficience, dans la mesure où ceux-ci ne compromettent pas la capacité de l'utilisateur à s'engager dans son processus de récupération/réadaptation et à retenir les consignes, ex. le délirium doit être traité et résolu;
- Le besoin de transport pour soins médicaux;
- L'absence de carte de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour un résident montréalais (la démarche pour l'obtention de la carte doit débiter cependant au CHSGS);
- Une indemnisation par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) (la démarche pour ouverture d'un dossier avec la SAAQ -Numéro de dossier- doit avoir été amorcée dès l'admission en milieu hospitalier)²⁴;
- Un besoin de contention en autant que l'utilisateur soit médicalement stable (physique et psychique);
- Une situation d'itinérance;
- Un statut de réfugié réinstallé et demandeur d'asile admissible s'il peut avoir recours au programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Vérification nécessaire via Croix Bleue Medavie selon le tableau des avantages);
- Un problème de dépendance;
- Un besoin d'équipements adaptés à la condition de l'utilisateur;
- Présomption d'un besoin d'hébergement en fin d'épisode de soins post-aigus;
- La clientèle à domicile est admissible aux lits de soins post-aigus et de réadaptation fonctionnelle intensive dans la mesure où cette approche empêche le recours au milieu hospitalier;
- **Un usager en traitement actifs (chimiothérapie, hémodialyse) qui limite sa participation active en réadaptation en raison de son état médical doit être référer en soins post-aigus plutôt qu'en réadaptation fonctionnelle intensive;**
- Un usager d'un établissement carcéral nécessitant les gardiens de sécurité de sa prison s'il ne présente pas une menace pour les autres usagers de l'établissement de réadaptation.

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

- L'utilisateur présente un besoin d'hébergement **sans** capacité de récupération/réadaptation;
- L'utilisateur a besoin de soins palliatifs avec un pronostic de moins de 120 jours.

²² Toutefois, la transmission de l'information concernant la présence de bactéries multirésistantes demeure une responsabilité du CHSGS référant.

²³ L'utilisateur sera orienté vers la ressource la plus appropriée considérant l'impossibilité de mise en charge et ses besoins de réadaptation pour éviter le déconditionnement.
Au congé de l'utilisateur SAAQ, un délai de prise en charge peut survenir alors le SAD du CIUSSS d'appartenance doit répondre aux besoins de l'utilisateur pendant cette période.

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

- **La personne est en mesure d'intégrer ou de réintégrer son milieu de vie (domicile, résidence privée, RI ou CHSLD), de façon sécuritaire ou avec risques calculés et discutés avec l'utilisateur et/ou ses proches qui y consentent;**
- Elle peut, lorsque requis, recevoir ses services de réadaptation sur une base externe;
- L'utilisateur, dans le respect de son rythme, son potentiel et ses capacités a atteint les objectifs du plan d'intervention et il n'y a pas de nouveau besoin identifié nécessitant la prolongation du séjour;
- L'utilisateur a atteint un niveau fonctionnel similaire à son niveau antérieur avant l'hospitalisation;
- La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de gain significatif mesurable ayant un impact sur l'autonomie fonctionnelle de la personne (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau);
- L'utilisateur signifie de manière éclairée son intention de mettre fin au processus;
- La personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme;
- L'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins post-aigus (complications ou instabilité médicales).

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

Rappel : Le congé du milieu de soins post-aigus ou de réadaptation doit avoir fait l'objet d'une planification précoce et conjointe avec les partenaires en aval.

²⁵ Extrait du Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022.

Les critères d'admissibilité généraux s'appliquent à l'ensemble des usagers nécessitant des services de réadaptation en mode externe en santé physique ou en déficience physique. La réadaptation externe implique des interventions offertes à l'utilisateur ayant intégré son milieu de vie naturel, mais nécessitant de poursuivre sa réadaptation. Les interventions peuvent être offertes dans les installations de réadaptation, dans le milieu de vie naturel, dans la communauté ou en télé-réadaptation, selon ses besoins et l'offre de services disponibles.

Le CPA et le RAIS possèdent une offre de service spécifique.

SARCA - Les usagers admissibles:

- Résident sur l'île de Montréal;
- Sont âgés de 18 ans et plus;
- Nécessitent une réadaptation suite à un épisode de soins aigus ou d'un séjour en milieu réadaptation fonctionnelle intensive;
- Peuvent réintégrer ou vivre à domicile de façon sécuritaire avec ou sans aides techniques et l'aide de proches aidants ou des services du soutien à domicile;
- Consentent aux services et à la transmission de l'information clinique;
- Présentent des incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (AVD et AVQ) ou la reprise des rôles sociaux;
- Présentent un potentiel de récupération/réadaptation/adaptation :
 - ✓ Un pronostic favorable au plan de l'autonomie fonctionnelle;
 - ✓ Un potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des capacités;
 - ✓ Une capacité de comprendre et de suivre des consignes simples;
 - ✓ Une endurance physique suffisante pour être en mesure de bénéficier des services de réadaptation;
- Présentent une capacité de recevoir les services de réadaptation sur une base externe (ou à domicile dans certains cas);
- Présentent un état médical, psychiatrique et post-chirurgical stable et sans risque prévisible de détérioration à court terme;
- Tolérance assise au fauteuil 30 minutes/deux fois par jour minimalement;
- Ne présentent pas un trouble de comportement grave non contrôlable, menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui;
- Ne présentent pas de condition qui pourrait les empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat, les interventions de réadaptation.

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

²⁶ Extrait du Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022.

Les usagers avec des douleurs chroniques sont dirigés en clinique de douleur selon les critères du cadre RAIS.

Les usagers répondant aux critères mentionnés précédemment ne peuvent être refusés en raison de conditions associées, telles que :

- La présence de troubles cognitifs, de troubles mentaux, de troubles du comportement ou d'une autre déficience, dans la mesure où ceux-ci ne compromettent pas la capacité de l'utilisateur à s'engager dans son processus de récupération/réadaptation et à retenir les consignes;
- Le besoin de transport;
- L'absence de carte de la RAMQ pour un résident montréalais (la démarche pour l'obtention de la carte doit débuter cependant au CHSGS);
- Une situation d'itinérance;
- Un problème de dépendance sauf si la consommation active impacte la capacité d'apprentissage ou de participation;
- Un besoin d'équipements adaptés à la condition de l'utilisateur.

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

- L'utilisateur nécessite des services internes de réadaptation ou des services d'hébergement;
- L'utilisateur présente une condition chronique sans potentiel de récupération ou d'amélioration ou de gains fonctionnels;
- L'utilisateur a atteint un niveau fonctionnel similaire à son niveau fonctionnel antérieur à l'évènement;
- L'utilisateur reçoit des services de réadaptation d'un établissement et désire obtenir des services d'un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux pour la même problématique, durant la même période de temps (dédoublement de services);
- L'utilisateur reçoit des services de 1ère ligne qui répond entièrement aux besoins identifiés.

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

- L'utilisateur a atteint les objectifs d'intervention convenus avec lui et inscrits au plan d'intervention;
- L'utilisateur est en mesure d'atteindre les objectifs de réadaptation inscrits dans son plan d'intervention en participant à un programme d'exercices à domicile ou en complétant de façon autonome et sécuritaire ses AVQ;
- L'évolution naturelle de la condition ostéo-neuro-musculaire de l'utilisateur ne requiert plus d'interventions en réadaptation;
- L'utilisateur a atteint un plateau de récupération ou ne présente plus de progrès ayant un impact significatif sur la réalisation de ses habitudes de vie;
- L'utilisateur n'est plus en mesure de maintenir une participation significative aux activités prévues à son plan d'intervention;
- L'utilisateur refuse de poursuivre sa réadaptation, tout en étant apte à prendre des décisions;
- L'utilisateur a accumulé trois absences non-motivées et a été avisé du risque de congé précoce.

²⁷ Extrait du Cadre de référence – *Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins postaigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire* – révisé en juin 2022.

Annexe 7 : Outil d'aide à l'orientation en réadaptation des usagers AVC adulte montréalais, pour les référents²⁸

Tous les usagers référés en réadaptation doivent répondre aux critères généraux d'accessibilité indiqués au Cadre de référence Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire.

Offres de services externes disponibles

Critères de base d'accès pour tous les services externes

- Réintégration sécuritaire dans le milieu de vie, avec ajout au besoin de services du SAD;
- Usager reconnaît ses limites et applique les recommandations et consignes.

CPA AVC Neuros

Qu'est-ce que c'est?

- Réadaptation fonctionnelle intensive à domicile;
- Offre de services avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros;
- Remplace un séjour en réadaptation spécialisée à l'interne;
- Intensité interdisciplinaire de 12 à 15h/semaine par usager, incluant soins infirmiers;
- Durée : 4 à 5 semaines.

Profil d'usager visé

- Capacité de participer activement à des interventions de réadaptation 3h par jour de 4-5 fois par semaine.

SARCA AVC Neuros

Qu'est-ce que c'est?

- Réadaptation en clinique externe et/ou en télé-réadaptation avec quelques services à domicile selon le besoin;
- Offre de services avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros;
- Intensité adaptée selon le profil besoin, entre 1 à 5 fois par semaine. Le besoin peut être unidisciplinaire.

Profil d'usager visé

- Endurance nécessaire pour pouvoir réaliser ses AVQ ainsi que sa réadaptation sur une base ambulatoire selon l'intensité requise;
- Usager en mesure de se déplacer pour la fréquence nécessaire (transport adapté ou soutien familial).

²⁸ Produit par le sous-comité réadaptation AVC Neuros de Montréal, en collaboration avec la Direction de la coordination ministérielle 514-450, MSSS. MAJ 2023-01-25.

Offres de services réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) interne

Critères de base d'accès pour la réadaptation fonctionnelle intensive

- Potentiel de réadaptation et capacité d'apprentissage;
- Capacité de participer minimalement à des interventions de réadaptation 60 min/jour;
- **Retour à domicile non-sécuritaire et ce, malgré l'ajout de services du SAD.**

Réadaptation fonctionnelle intensive

Qu'est-ce que c'est?

- Réadaptation à l'interne, donc hospitalisation de l'utilisateur;
- Intensité élevée et adaptée au profil de besoins de l'utilisateur;
- Offre de services interdisciplinaires avec équipe interdisciplinaire spécialisée en AVC Neuros incluant services médicaux et soins infirmiers (possibilité d'interventions unidisciplinaires si la sécurité à domicile est compromise).

Références

- Cadre de référence – Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus pour la clientèle adulte montréalaise, incluant le volet ambulatoire. Table de réadaptation fonctionnelle intensive et modérée de Montréal, Novembre 2017. Révision juin 2022.
- Guichet régional d'accès aux services spécialisés de réadaptation en accident vasculaire cérébral et autres atteintes neurologiques de la région de Montréal, Guide de fonctionnement. Direction du continuum DI-TSA-DP, 1er avril 2019. Révision 28 novembre 2019.
- Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence – Guide méthodologique. Ministère de la santé et des services sociaux et CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2022.
- Plan de contingence régional en réadaptation fonctionnelle intensive et soins post-aigus. Vigie NSA et Coordination ministérielle 514-450. Révision 21 septembre 2022. Validation auprès de la Table SAPA et la Table RFIM, novembre 2022.

