



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Paramètres relatifs à l'offre de service
de réadaptation pour les personnes
victimes d'amputation traumatique
ou nécessitant une revascularisation
microchirurgicale d'urgence**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-81910-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

Table des matières

Introduction	1
Clientèle cible du CEVARMU	3
Caractéristiques spécifiques de la clientèle ayant des répercussions dans l'organisation des services	4
1. Principes directeurs guidant la réadaptation dans le continuum de services	6
2. Conditions essentielles de succès du continuum de services intégrés VARMU	8
3. Illustration de la trajectoire générale VARMU	10
4. Éléments du suivi clinique à considérer pour le choix de l'emplacement des services de réadaptation	11
5. Préparation des régions pour l'organisation des services régionaux VARMU	17
6. Prérequis à l'organisation des services selon les phases du suivi clinique	18
7. Modalités administratives d'organisation des services à mettre en place	21
8. Modalités clinico-administratives à mettre en place	23
9. Description de l'offre de soutien du CEVARMU par la télésanté	25
Fiche A Soins de plaies	29
Fiche B Orthèses	32
Fiche C Équipements de base en réadaptation VARMU	35
Fiche D Guide explicatif pour refaire un pansement	37
Annexe A Statistiques	40
Annexe B Rappel des recommandations d'ordre clinique pour l'implantation de services de réadaptation VARMU de l'INESSS	48
Annexe C Séquence proposée pour le déploiement des formations pratiques	50
Annexe D Exemples de modèles de trajectoires régionales	51
Annexe E Illustration de la procédure de transfert des victimes d'amputation traumatique au CHUM	53
Annexe F Formulaire de consentement PATIENT-RESSOURCE	54
Références	56

Liste des abréviations

CCT CHUM	Centre de coordination de la télésanté, CHUM
CEVARMU	Centre d'expertise destiné aux personnes victimes d'une amputation traumatique nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence
CH	Centre hospitalier
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DGSS	Direction générale des services sociaux
DGSHMSU	Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire
DSDRP	Direction des services en déficience et en réadaptation physique
DSHPU	Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et de l'urgence
DSIE	Demande de services interétablissements
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
REACTS ^{MD}	<i>Remote Education, Augmented Communication, Training and Supervision</i> (désigne une technologie conçue pour interagir avec des utilisateurs, leur enseigner, leur apprendre et les assister)
VARMU	Victime d'une amputation traumatique nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence

Avant-propos

Le modèle provincial présenté dans ce document porte sur l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation précoce, de réadaptation fonctionnelle, d'adaptation et de soutien visant la réintégration et le maintien dans la communauté des clientèles victimes d'amputation traumatique nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU).

Un comité de travail a été instauré par la Direction des services en déficience et en réadaptation physique du ministère de la Santé et des services Sociaux (MSSS) afin d'outiller le réseau de la santé et des services sociaux dans l'actualisation du modèle provincial proposé dans ce document. Ce comité de travail était composé de personnes clés des régions représentatives de la diversité québécoise en matière de géographie et d'organisation de services de réadaptation en plus des trois régions ayant participé au projet pilote de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ainsi que d'une conseillère aux programmes du MSSS, qui était responsable du comité.

Cinq rencontres ont eu lieu entre le 22 décembre 2016 et le 19 mai 2017 afin de favoriser la concertation permettant la production de ce document et la conceptualisation du modèle provincial d'organisation des services de réadaptation. Ce document a été finalisé par la responsable du comité en étroite concertation avec les gestionnaires du programme de réadaptation du centre d'expertise pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU) au centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et des directions impliquées du MSSS. Le MSSS remercie toutes les personnes ayant contribué aux travaux.

Sous la coordination de :

Monsieur Daniel Garneau, directeur, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Responsable du comité :

Madame Danie Lavoie, conseillère aux programmes, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Membres du comité :

Madame Sophie Bergeron, chef de service en ergothérapie, gestionnaire à la Direction des services multidisciplinaires et responsable du volet réadaptation au CEVARMU, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Monsieur Pierre-Célestin Bigwaneza, conseiller en traumatologie et pilote d'orientation du SIRTQ, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Madame Stéphanie Chayer, chef du programme de réadaptation en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Madame Marie-Ève Demers, chef du programme Amputations et blessures orthopédiques graves, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Madame Marjorie Laberge, ergothérapeute et coordonnatrice clinique au CEVARMU, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Madame Martine Michaud, chef en réadaptation, en déficience physique et en neurotrauma (Lévis et Beauceville), Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Madame Marie-Esther Morin, coordonnatrice clinique au Programme des lésions musculosquelettiques, brûlures graves et amputations, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Madame Nathalie Parent, chef du Programme des lésions musculosquelettiques, brûlures graves et amputations, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Madame Lise Pothier, cogestionnaire clinico-administrative et responsable du CEVARMU, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Madame Nathalie Quirion, directrice adjointe au programme en déficience physique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Monsieur Sylvain Roussy, coordonnateur des programmes de réadaptation et gestion de cas continuum adultes-aînés, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas- Saint-Laurent.

Collaborateurs externes au comité de travail :

Madame Josée Arsenault, ergothérapeute et chargée de projet *Impact du patient ressource dans l'optimisation du transfert de connaissances dans le continuum de soins en réadaptation post réimplantation du membre supérieur*, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Monsieur Bernard Cloutier, pilote d'orientation à la Direction des services en déficience et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Madame Sylvie Collette, infirmière-conseil et pilote clinique télésanté, ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Alain Désir, conseiller clinique en télésanté, à la Direction générale adjointe volet télésanté du Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Madame Marie-Josée Paquet, responsable du centre de coordination de la télésanté pour les établissements du RUIS de l'Université de Montréal, adjointe au directeur (volet télésanté) – Direction générale adjointe, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Madame Lucie Plouffe, chef de secteur à la Direction des services multidisciplinaires, responsable du service d'ergothérapie et de physiothérapie, Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Introduction

Actuellement, au Québec, de 100 à 150 personnes subissent chaque année une amputation traumatique nécessitant une intervention microchirurgicale d'urgence de réimplantation ou de revascularisation. Les personnes qui subissent ce type d'intervention ont besoin d'un suivi en spécialité (plastie ou orthopédie) ainsi que d'une réadaptation précoce sans délai pour laquelle des précautions particulières sont de mise afin d'assurer la viabilité de la chirurgie de greffe ou de revascularisation. Ainsi, le CEVARMU du CHUM agit à titre de centre expert responsable d'assurer les transferts pour la continuité des services en région¹, y compris le coaching des équipes qui prennent la relève et les visites de contrôle au besoin.

Le CEVARMU est unique au Canada puisqu'il s'agit du seul centre d'expertise en réimplantation d'un membre supérieur où toutes les ressources sont réunies au même endroit. Il est reconnu comme centre d'expertise provincial et jouit d'une reconnaissance nationale et internationale.

Le MSSS souhaite un déploiement harmonisé des services posthospitaliers de réadaptation précoce, de réadaptation, d'adaptation et de soutien visant la réintégration et le maintien dans la communauté, et ce, à travers la province. Dans ce document, la notion de région se rapporte aux régions administratives existantes au-delà des CISSS et des CIUSSS puisqu'une concertation régionale est exigée en ce qui concerne la désignation des sites qui desserviront la clientèle². Ainsi, le modèle d'organisation présenté dans ce document tient compte à la fois de plusieurs impératifs propres aux besoins de cette clientèle et des recommandations de l'INESSS découlant de ses visites de désignation et des projets pilotes ayant eu cours dans trois régions du Québec.

Puisque la majorité des régions administratives du Québec reçoivent déjà la clientèle, ce document vise à soutenir les établissements pour harmoniser l'organisation actuelle et à formaliser les liens de collaboration et les trajectoires attendues, au bénéfice des personnes requérant ces services. Les attentes du MSSS portent sur les déploiements, qui doivent être terminés dans l'ensemble des régions administratives du Québec d'ici le 31 mars 2019, conformément au modèle présenté dans ce document.

Bien que la plupart des régions reçoivent actuellement la clientèle de leur territoire sous recommandation du CEVARMU après la chirurgie, il faut savoir qu'au moment d'écrire ce document, certaines régions n'ont eu que peu ou aucune expérience avec cette clientèle en raison du faible volume régional ou parce que la proximité géographique avec le CEVARMU sur l'île de Montréal n'incite pas à développer les services de réadaptation spécialisée pour cette clientèle sur le territoire.

¹ Dans ce document, la notion de région se rapporte aux régions administratives antérieures au projet de loi n° 10, et vise la concertation entre les CISSS ou CIUSSS de l'ensemble du territoire pour la configuration des services, particulièrement là où il y a coexistence de plus d'un CISSS ou CIUSSS.

² Par exemple, à Montréal, pour la réadaptation, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dessert l'ensemble de la clientèle de l'île de Montréal à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM).

Dans ces cas, les enjeux pour réaliser un déploiement dans la région d'appartenance devront faire l'objet d'une attention particulière.

Le MSSS mandate le CEVARMU et les établissements des régions à assumer leur pleine responsabilité dans le déploiement des services par la mise en place :

- d'un modèle régional d'organisation des services conforme au modèle provincial présenté dans ce document;
- des modalités administratives et clinico-administratives précisant les besoins et les modalités d'orientation et d'organisation des services;
- de modules de formation continue partagée développés par le CEVARMU, en collaboration avec le Centre de formation continue partagée du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, afin de diffuser la formation en ligne aux intervenants pour qu'ils puissent les consulter préalablement aux formations en présence;
- d'une séquence prévisionnelle de déploiement de formations personnalisées, lorsque nécessaire, proposée par le CEVARMU pour qu'il puisse confirmer avec chaque région les dates de formation en présence. Les dates de formation seront confirmées le plus tôt possible par le CEVARMU et les formations seront organisées à proximité ou à l'intérieur des différentes régions du Québec. Lorsque possible, les regroupements de régions seront favorisés;
- de coaching en continu et de soutien ponctuel, disponibles et accessibles sur demande par l'équipe du CEVARMU, en préparation et en soutien au déploiement des services;
- d'une technologie de télésanté afin de permettre la mise en réseau des experts du CEVARMU et des équipes régionales ou locales, lorsque requis pour offrir le coaching à distance. Une entente spécifique aux services de télésanté (téléconsultation et coaching à distance) doit exister entre l'établissement et le CHUM et l'on doit s'y référer pour connaître la nature des services offerts par cette technologie et les rôles et responsabilités des parties.

Un projet pilote dans trois régions du Québec a permis de mettre en œuvre un grand nombre de bonnes pratiques clinico-administratives et cliniques permettant de contribuer au modèle d'organisation des services présenté dans ce document.

Clientèle cible du CEVARMU

Au Québec, toute personne de 14 ans et plus ayant subi une amputation complète ou incomplète avec dévascularisation d'un membre supérieur³ peut être admise au CEVARMU du CHUM.

Ce document vise à confirmer les grandes balises d'une organisation des services de suivi médical rapproché, de réadaptation, d'adaptation et de soutien à l'intégration sociale sur le plan régional, en respect des principes directeurs formulés, des modalités cliniques et clinico-administratives, des pratiques reconnues ainsi que des recommandations de l'INESSS et du CEVARMU.

Le CEVARMU est unique au Canada : il s'agit du seul centre d'expertise en réimplantation d'un membre supérieur où toutes les ressources sont réunies au même endroit. Les spécialistes collaborateurs sont des:

- chirurgiens plasticiens spécialisés en microchirurgie de la main;
- infirmières;
- ergothérapeutes ayant une expertise en thérapie de la main;
- travailleurs sociaux;
- psychologues.

Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site Internet suivant :

www.cevarmuchum.ca.

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE			
2012-2013	2013-2014	2014-2015	
44%	36%	35%	sont âgés de 35 à 54 ans
80%	89%	90%	sont des hommes
52%	37%	31%	sont indemnisés par la CSST
80%	87%	80%	sont référés par un centre hospitalier
85%	85%	81%	proviennent de l'extérieur de Montréal
93%	92%	98%	retournent à domicile



³ Dont le pouce, un ou plusieurs doigts, la main, le poignet ou l'avant-bras, le coude ou l'extrémité proximale du coude, ou toute partie réimplantable d'un membre supérieur.

Caractéristiques spécifiques de la clientèle ayant des répercussions dans l'organisation des services

La configuration de la trajectoire et le déploiement des services présentent quelques défis et nécessitent de sortir des modèles habituels vus en déficience physique afin de concilier les caractéristiques propres à cette clientèle et ses besoins, soit :

- un faible volume de clientèle répartie dans toutes les régions de la province⁴;
- un haut niveau d'expertise requis;
- des services donnés sur une base externe (ambulatoire) nécessitant des déplacements quotidiens pour la réadaptation, sauf exception;
- la nécessité d'offrir la réadaptation précoce à proximité du lieu de résidence, particulièrement lors des six premières semaines postchirurgie, afin d'assurer l'adhésion au traitement et de favoriser la réussite chirurgicale.

La conciliation de ces impératifs nécessite de créer un modèle adapté. La trajectoire schématisée en page 10 illustre les différents services à être mis en place ainsi que les arrimages nécessaires entre les divers programmes-services et les missions. Ce modèle de trajectoire permet une adaptation régionale selon les services déjà présents et tenant compte de la proximité géographique des services nécessaires pour la clientèle.

Cinq éléments principaux sont essentiels à la réussite de l'implantation du modèle :

- l'accès aux services d'un médecin plasticien ou orthopédiste désigné pour cette clientèle dans chacune des régions du Québec;
- l'implication précoce d'une équipe de réadaptation spécialisée en déficience physique, dès la sortie du CEVARMU;
- la possibilité que soit réalisée la réadaptation précoce (six premières semaines) prioritairement en milieu de réadaptation spécialisée en déficience physique ou, si nécessaire, en milieu hospitalier, en collaboration avec l'équipe de réadaptation spécialisée en déficience physique, qui prendra la relève au moment jugé cliniquement opportun⁵;
- le soutien en continu des experts médicaux et cliniques du CEVARMU durant l'entièreté du processus;
- l'implication des équipes technologiques locales afin de faciliter l'utilisation de la télésanté comme technologie favorisant la mise en réseau des experts du CEVARMU et des équipes régionales ou locales ainsi que le coaching clinique.

⁴ Voir les statistiques à l'annexe A, page 40.

⁵ Voir la trajectoire à la page 10.

Certains enjeux devront faire l'objet d'une attention particulière, notamment pour :

Les modalités de transport entre le CEVARMU et la région d'origine après le séjour au CHUM (réf. : Politique de déplacement des usagers du MSSS, circulaire 2009-005);

La disponibilité des moyens de transport pour se rendre aux services de réadaptation externes qui doivent être donnés sur une base intensive, soit de trois à cinq fois par semaine (réf. : Programme transport-hébergement et autres modalités de transports régionaux et communautaires⁶).

⁶ Les statistiques des dernières années indiquent qu'une certaine couverture des frais de déplacement est assumée pour environ 30 % des clientèles indemnisées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail du Québec.

1. Principes directeurs guidant la réadaptation dans le continuum de services

Accessibilité

- Le programme de revascularisation/réimplantation et de réadaptation doit être connu des médecins référents, des médecins de l'urgence, des milieux de travail et de la population en général.
- Le programme doit être accessible et disponible à la population (proximité géographique, professionnels compétents, arrimage des missions CH, CRDP et CLSC).

Continuité

- Aucune interruption de services entre les soins préhospitaliers, les soins hospitaliers, la réadaptation et l'intégration dans le milieu n'est possible.
- Cela inclut l'accessibilité en temps opportun aux soins de plaies et aux pansements ainsi qu'aux orthèses de protection et de correction, en plus de l'accès sans délai à la réadaptation.
- Les services doivent répondre aux divers besoins pouvant survenir chez cette clientèle, par exemple : choc post-traumatique, réadaptation visant la réintégration et le maintien dans la communauté, approche spécialisée en toxicomanie, changements vers de saines habitudes de vie.

Expertise de pointe et pratique surspécialisée

- Un médecin spécialiste (plasticien ou orthopédiste) désigné à cette clientèle doit être disponible dans chaque région.
- Un ergothérapeute du CEVARMU doit être attiré en tant que répondant pour chacune des régions du Québec.
- La modalité de télésanté sera rendue accessible pour les ergothérapeutes traitantes dans les régions du Québec.
- Une formation continue partagée offerte par le MSSS sera disponible en ligne pour les équipes.
- Un arrimage entre les physiatres des missions CRDP et le CEVARMU doit être assuré.

- Les physiatres des centres de réadaptation à vocation suprarégionale⁷ doivent être disponibles pour offrir leur expertise et leur soutien aux équipes des centres de réadaptation régionaux qui sont dépourvus de ces spécialistes⁸.
- Un soutien et un coaching à distance et en temps réel doivent être réalisés au moyen d'une technologie de vidéoconférence sécurisée⁹ intégrant des fonctionnalités pertinentes à la collaboration en réseau.
- Un site Web destiné à l'information aux patients victimes d'amputation traumatique d'un membre supérieur et aux professionnels de la santé qui les accompagnent doit être disponible. En voici le lien : <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/centre-d-expertise-en-reimplantation-du-chum>.

Patient-ressource bénévole (patient-partenaire)

- Le patient a la possibilité de se faire accompagner par un patient-ressource, c'est-à-dire par une personne ayant été dans une condition similaire à la sienne en matière de réadaptation postréimplantation (annexe F).
- Une technologie de vidéoconférence sécurisée est utilisée pour permettre au patient et au patient-ressource d'échanger avec leur ordinateur, leur tablette ou leur cellulaire.
- La coordination du programme patient-ressource en réimplantation ainsi que la gestion de la technologie utilisée pour faciliter les échanges entre ces derniers est sous la responsabilité du CEVARMU.

⁷ L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay (IRGLM) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

⁸ Conformément à la recommandation de l'INESSS : Établir des ententes de collaboration entre les deux instituts universitaires de réadaptation en déficience physique pour que leurs équipes de physiatres puissent évaluer respectivement la clientèle de l'est et celle de l'ouest du Québec lorsque les besoins de l'utilisateur l'exigent et que les services de physiothérapie ne sont pas disponibles dans la région.

⁹ La plateforme REACTS^{MD} permet une évaluation clinique à distance avec une haute qualité audio et vidéo. Cette solution logicielle est un outil de télémédecine qui se distingue des autres par ses fonctionnalités pertinentes à la collaboration en réseau. Elle est actuellement utilisée par le CEVARMU (rapport de l'ETMIS du CHUM, septembre 2015).

2. Conditions essentielles de succès du continuum de services intégrés VARMU¹⁰

Ce document contient les informations essentielles pour que les CISSS et les CIUSSS puissent procéder à l'organisation des services sur leur territoire. Il tient compte des recommandations de l'INESSS à cet effet ainsi que de celles découlant des projets pilotes. Une séquence de déploiement des rencontres de formation pratique est suggérée, et se déroule entre 2017 et 2019¹¹.

Bien que certaines régions aient fait partie de projets pilotes d'implantation, les travaux du comité ministériel sur le continuum de réadaptation CEVARMU amènent des précisions supplémentaires au regard de l'organisation des services attendue, notamment en ce qui concerne :

- la désignation de médecins spécialistes (plasticiens et autres spécialistes) pour cette clientèle pour chaque région administrative;
- l'arrimage efficace entre les services de réadaptation en milieu hospitalier, les services de réadaptation en déficience physique et les services courants pour le suivi de plaies et de pansements;
- la nécessaire complémentarité entre les milieux et les programmes-services tout au long de la trajectoire;
- la nécessaire implication des intervenants psychosociaux de l'équipe spécialisée dès le retour en région;
- l'apport important du patient-ressource auprès de l'utilisateur et de sa famille;
- la possibilité d'utiliser une technologie de vidéoconférence sécurisée pour favoriser la mise en réseau, le coaching clinique et les échanges entre les patients et les patients-ressources, à l'intérieur des installations du réseau et à domicile si cette option est retenue par les régions¹².

¹⁰ Voir annexe B, page 48, « Rappel des recommandations d'ordre clinique pour l'implantation de services de réadaptation VARMU de l'INESSS ».

¹¹ Voir annexe C, page 50, « Séquence proposée pour le déploiement des formations pratiques ». Des déplacements de personnel vers des régions limitrophes pour recevoir les formations en présence pourraient être nécessaires pour plusieurs régions, celles-ci devant en assumer le coût pour leur personnel. Idéalement, un préavis de deux mois est demandé pour confirmer la date de formation.

¹² Il faut noter que l'architecture technologique nécessaire pour les visioconférences dans les installations est différente de celle requise pour la téléadaptation au domicile de l'utilisateur et doit être prévue en conséquence, là où les CISSS et les CIUSSS souhaiteront s'en prévaloir.

Le modèle s'attarde peu à l'organisation des services médicaux, sauf le fait de préciser la nécessité de bien déterminer les lieux et les modalités de suivi en plastie (ou orthopédie) pour chacune des régions au moment d'actualiser le déploiement et le fait que les physiatres puissent apporter un soutien aux équipes cliniques en réadaptation à l'intérieur ou à l'extérieur de leur propre région.

En effet, l'organisation des services de réadaptation VARMU implique que des médecins plasticiens (ou orthopédistes) soient désignés dans chaque région du Québec et qu'ils soient prêts à prendre en charge une personne qui a subi une amputation ayant nécessité une revascularisation ou une réimplantation au CEVARMU, à la demande de ce dernier.

Chaque région est responsable d'assurer les services en conformité avec le continuum de services défini dans ce document et avec les recommandations de l'INESSS et du CEVARMU. À ce titre, les directions des services professionnels des établissements mettront à la disposition du CHUM les coordonnées d'une personne-ressource, en vue de planifier le retour des patients dans leur milieu et de faciliter leur suivi médical auprès des services concernés.

Puisque le déploiement nécessitera une certaine coordination, le MSSS confirmera la responsabilité des installations désignées par les établissements (missions CH et CRDP – services spécialisés) envers les services VARMU sans financement supplémentaire. De plus, il soutiendra le processus d'implantation et en fera le suivi.

Le présent document sert de guide de référence pour permettre aux établissements et au CEVARMU de procéder à l'organisation des services selon les responsabilités respectives de chacun.

Ainsi, chaque région désigne une personne responsable de la prise en charge médicale (plastie ou orthopédie) du patient lors de son retour en région, à la suite de la réimplantation ou de la revascularisation au CEVARMU¹³.

Le CEVARMU doit convenir avec chaque région du soutien requis et des besoins en formation¹⁴, en complément à l'offre d'une formation continue partagée du MSSS.

Le CEVARMU est responsable d'actualiser le déploiement avec les régions du Québec.

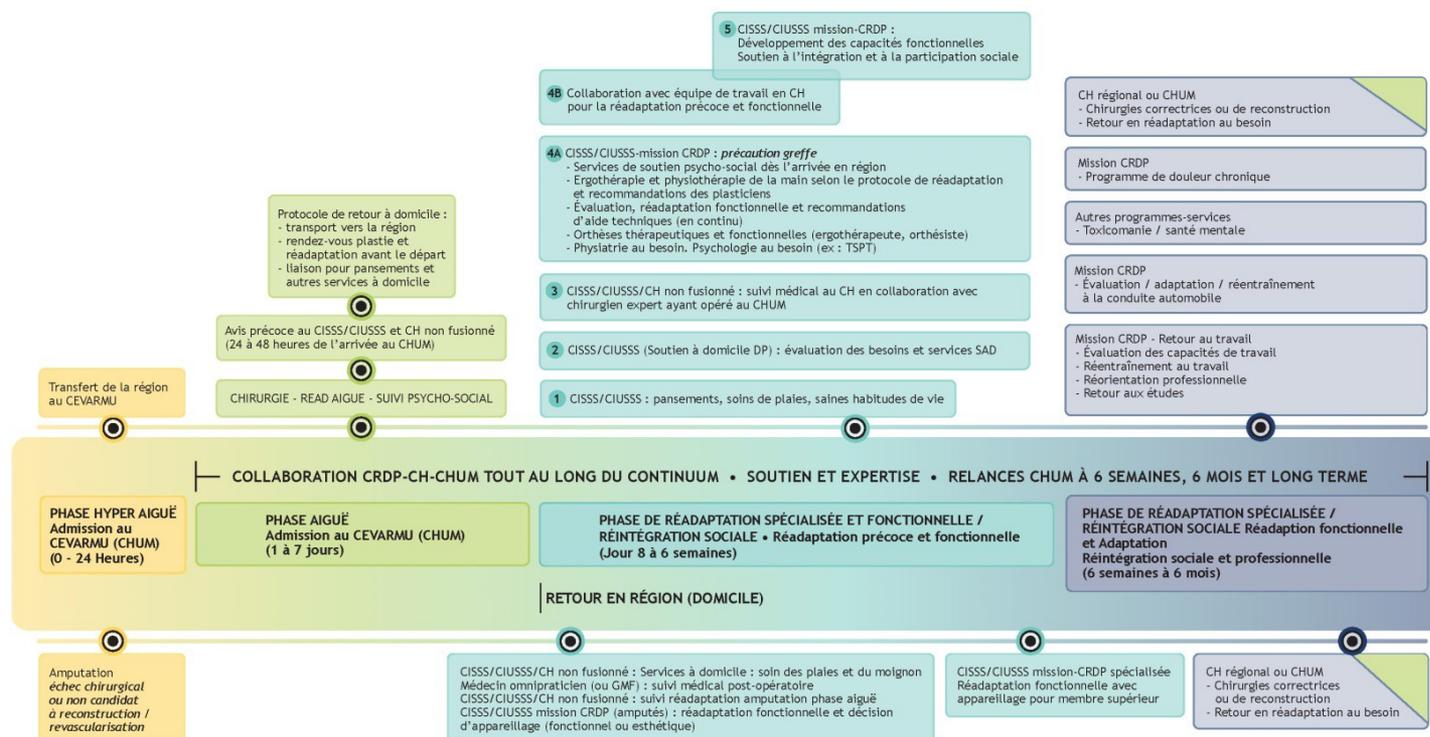
Les professionnels du CEVARMU et le MSSS sont en soutien pour l'organisation et le déploiement; la DSDRP est en soutien pour la réadaptation précoce et la réadaptation à visée de réintégration et de maintien dans la communauté; et la DGSHMSU est en soutien pour ce qui concerne le volet médical.

¹³ Ces travaux sont réalisés parallèlement par le MSSS, le CEVARMU, les CH non fusionnés ainsi que les CISSS et les CIUSSS de toutes les régions du Québec où un tel arrimage est indiqué.

¹⁴ Une confirmation des dates de formation au CEVARMU sera demandée au minimum deux mois préalablement à la date prévue. Les régions devront prévoir, de concert avec le CEVARMU, les emplacements nécessaires et les budgets pour défrayer les déplacements de leurs équipes. Une attention particulière a été apportée dans la planification de la séquence proposée des formations pratiques pour limiter au minimum les distances de déplacement.

3. Illustration de la trajectoire générale VARMU

TRAJECTOIRE GÉNÉRALE POUR LES SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION / RÉINTÉGRATION VARMU



Source: Comité de travail pour le déploiement des services de réadaptation destinés aux victimes d'amputation traumatique nécessitant une réimplantation ou revascularisation d'urgence (VARMU) du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2018.

4. Éléments du suivi clinique à considérer pour le choix de l'emplacement des services de réadaptation

Les éléments du suivi clinique des patients VARMU sont précisés pour aider les établissements à faire le choix optimal de l'emplacement des services pour les patients.

Il est à noter que chaque patient arrive dans sa région avec un protocole de suivi et de réadaptation personnalisé à sa condition.

1. Les cinq à six premières semaines constituent une étape charnière dans l'évolution de la condition : la greffe demandera des précautions particulières, et le protocole de réadaptation doit être suivi scrupuleusement.
2. Un avis au plasticien ou à l'orthopédiste désigné devra être effectué au cas où l'évolution de la guérison et de la réadaptation ne suit pas son cours normal ou l'évolution attendue.
3. Au retour du patient à domicile (au congé du CHUM) et durant la phase précoce ou de réadaptation fonctionnelle, qui peut durer jusqu'à six mois, il est important de savoir que :
 - 3.1 Le programme devra être réajusté selon l'évolution du patient, sa condition médicale, son état de santé et les corrections chirurgicales ayant été faites ou à venir, lesquelles sont fréquentes durant cette période.
 - 3.2 Le médecin, l'équipe de réadaptation et l'utilisateur lui-même demeurent les meilleurs juges pour déterminer le plan de traitement individualisé de chaque patient, et ce, tout au long de son parcours de soins et de services.
 - 3.3 Le personnel de réadaptation des missions CH et CRDP (services spécialisés) de l'ensemble des régions du Québec peut compter sur le soutien du CEVARMU.
4. Le soutien du CEVARMU se traduit, d'une part, par une offre de formation théorique, soit la formation continue partagée, et, d'autre part, par des formations pratiques sur place déployées¹⁵ et par la télésanté, pour laquelle le CEVARMU demeure accessible en tout temps pour des conseils et du coaching clinique. Une coordonnatrice clinique du CEVARMU est attirée aux régions à cette fin.
5. Les grandes lignes du suivi clinique correspondent généralement aux étapes suivantes :
 - 5.1 Pendant les cinq à six premières semaines, la personne porte les broches chirurgicales (*K-wires*) : la réadaptation avec mobilisation active est limitée.

¹⁵ Voir annexe C, page 50, pour la séquence proposée de déploiement des formations pratiques.

Cependant, des exercices de mobilisation passive doivent être réalisés tous les jours. La personne doit rencontrer l'équipe de réadaptation au minimum trois fois par semaine pour la révision du protocole et l'ajustement des exercices et des orthèses.

- 5.2 À partir de la cinquième semaine, plus précisément au moment où les broches sont retirées (exérèse), une réadaptation plus active et intensive peut débuter (si la condition psychosociale le permet), pour un total de trois à cinq visites par semaine.
- 5.3 Cette fréquence intensive est suggérée pour une durée totale de six semaines à six mois postchirurgie. Par la suite, pour les visites de contrôle, la fréquence suggérée est de deux fois par semaine. Cette fréquence peut toutefois varier selon les individus et le programme doit être ajusté en fonction de l'évolution clinique :
 - 5.3.1 Un plan d'intervention individualisé est réalisé pour établir les modalités de suivi de réadaptation. Il se fait en tout ou en partie à l'intérieur d'un programme de réadaptation de mission CRDP afin de faciliter les services de proximité et l'accès à une expertise selon le service dont le patient a besoin en ambulatoire.
 - 5.3.2 Le programme de réadaptation de mission CRDP reste le maître d'œuvre du plan de réadaptation et peut inclure la télésanté et l'orientation vers d'autres partenaires : installation CH, soins à domicile, orthèses, abandon tabagique, etc.
 - 5.3.3 Au besoin, ce peut aussi être le personnel du programme de réadaptation de mission CRDP qui se déplace vers le patient (à domicile ou à l'installation près de chez lui). Si la visite peut se faire à distance, au domicile, par téléconférence ou télésanté, il faut que le CISSS ou le CIUSSS prévoie l'architecture technologique en conséquence.
 - 5.3.4 En fonction des besoins cliniques et fonctionnels du patient ainsi que de sa capacité à pouvoir se déplacer au moins trois fois par semaine, en installation de mission CRDP (capacité de transport et distance), une évaluation est faite pour savoir si une admission en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de mission CRDP est requise, ce qui pourrait arriver dans de rares cas puisque le suivi externe est privilégié¹⁶.

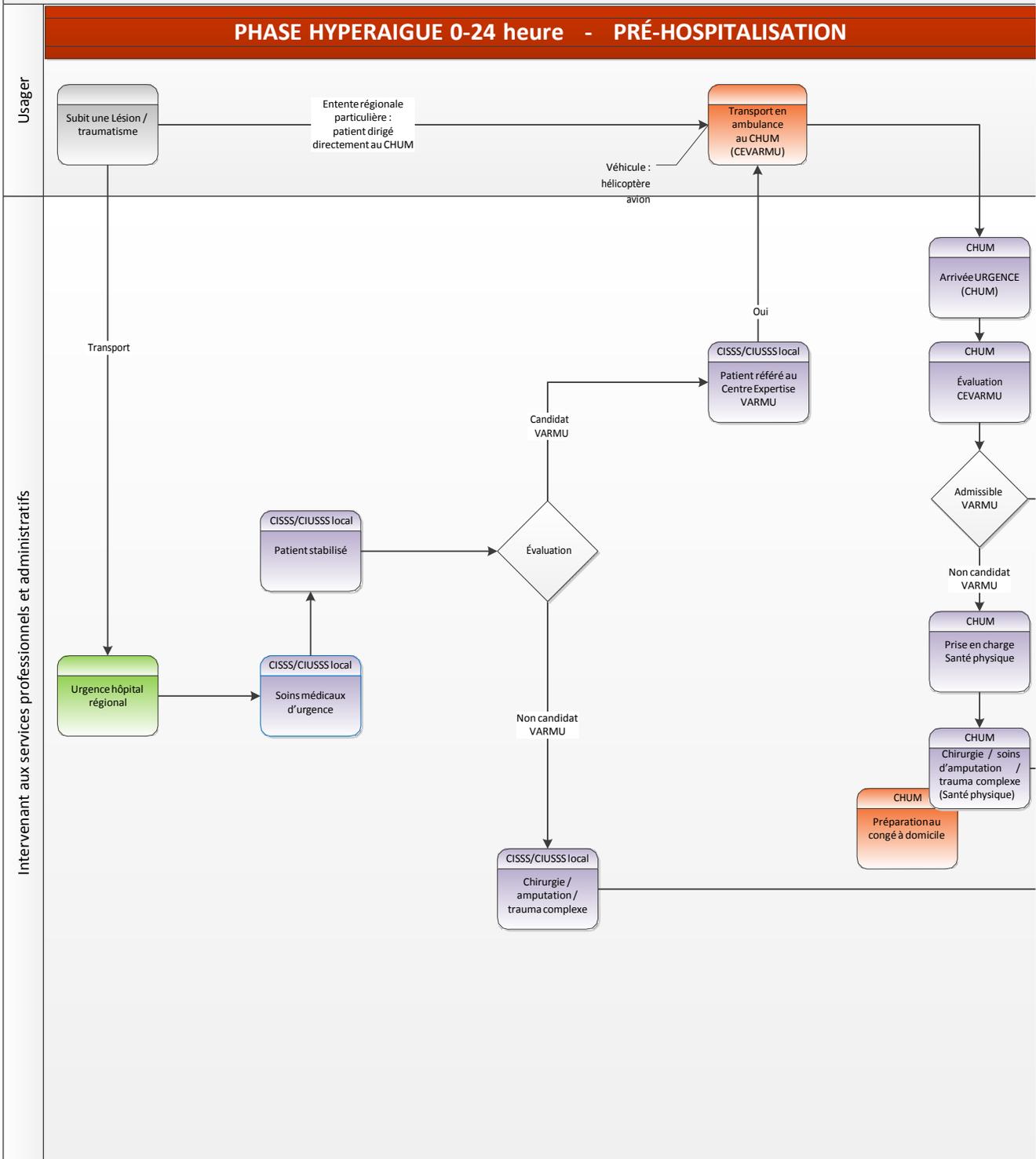
¹⁶ La clientèle du CEVARMU est une clientèle ambulatoire à 95-98 %.

5.3.5 Le site pour la réadaptation précoce des six premières semaines est choisi en fonction des expertises en place et, également, de la proximité géographique : un arrimage est nécessaire entre le CEVARMU et le CRDP pour prendre la décision d'orientation.

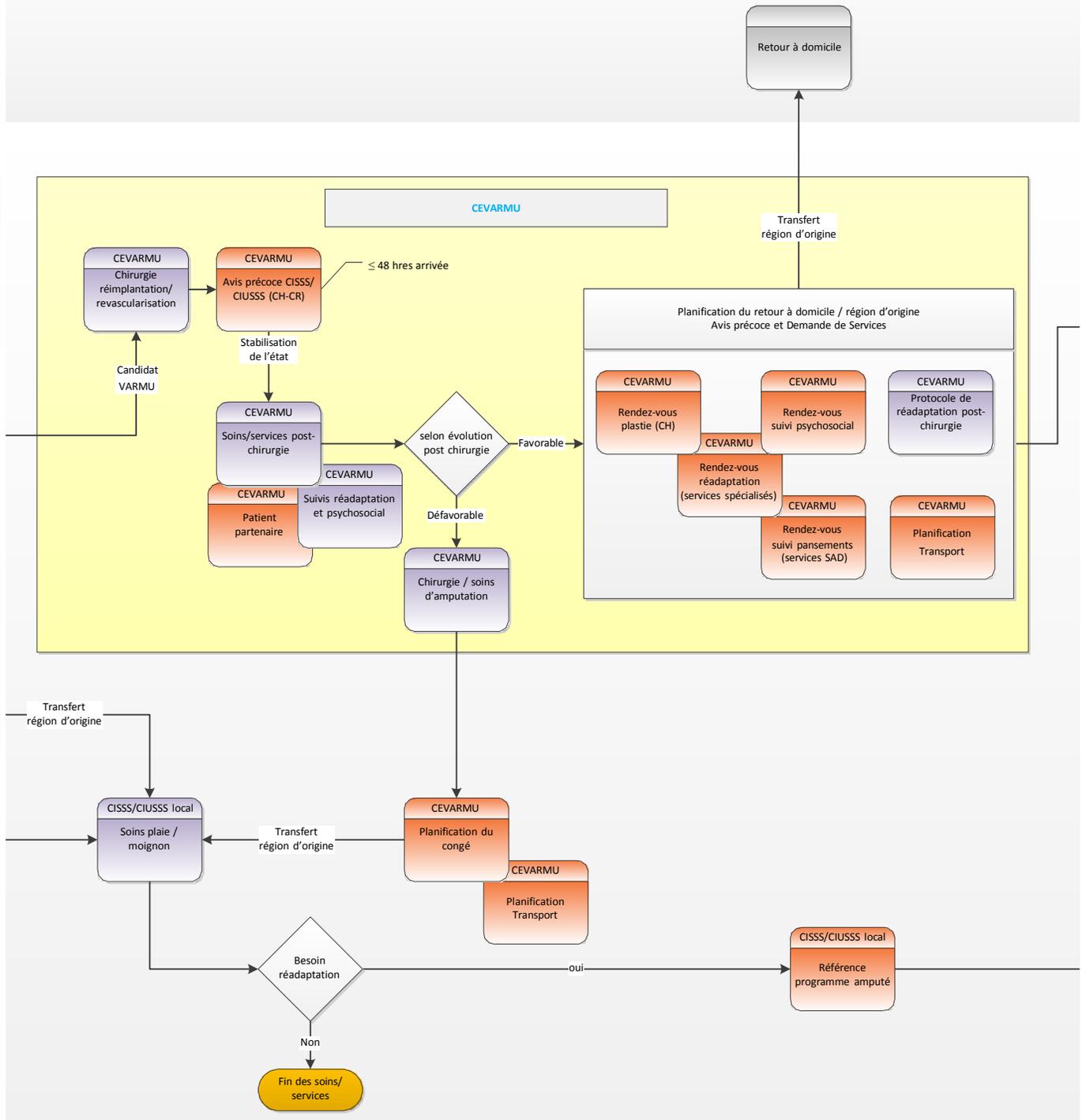
5.4 Le processus complet de thérapie postréimplantation/revascularisation dure minimalement une année, et inclut les services spécialisés visant la réintégration et le maintien dans la communauté ainsi que l'emploi rémunéré.

Diagramme du processus organisationnel (DPO) général VARMU

Trajectoire générale pour les services de réadaptation / réintégration VARMU



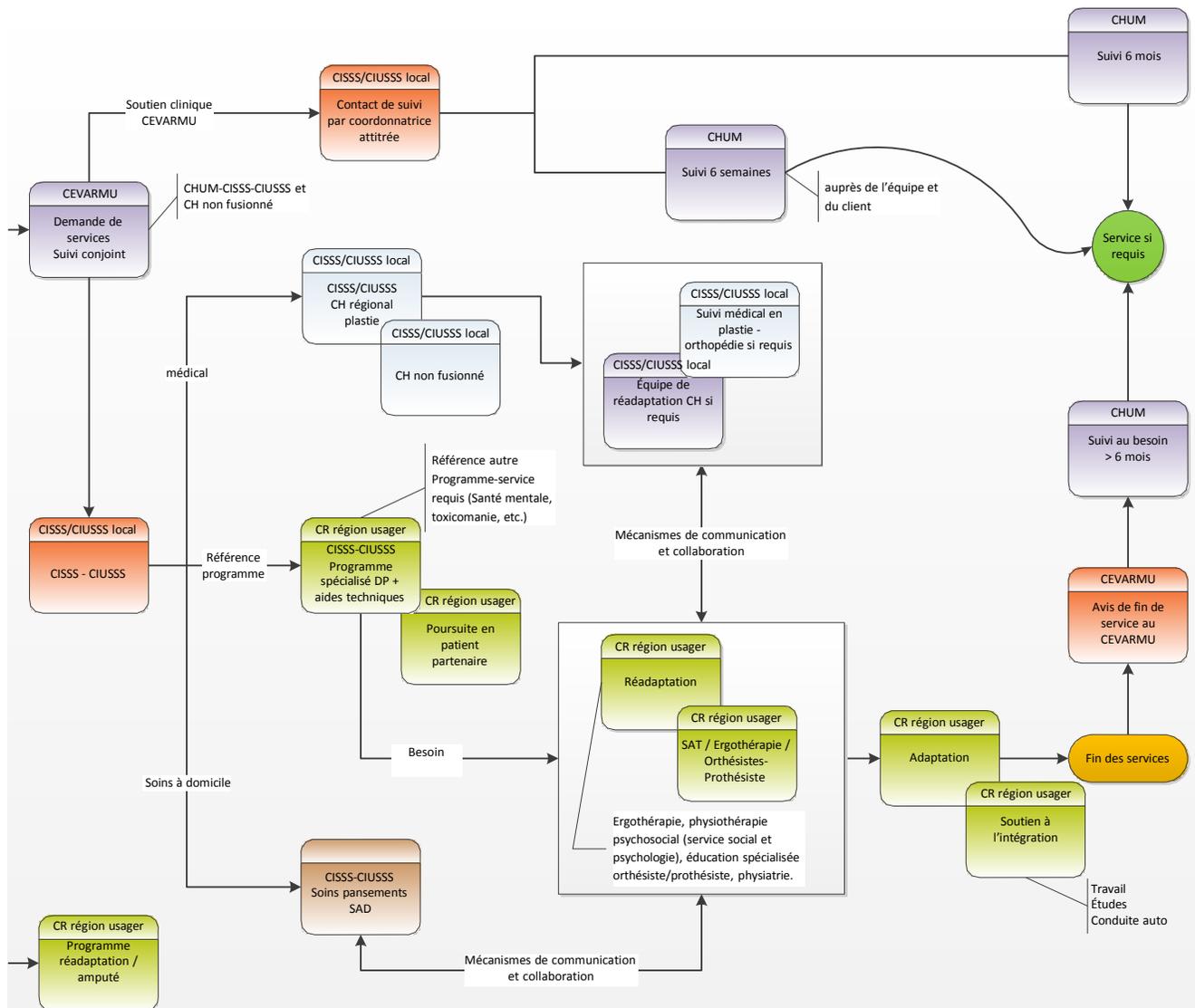
PHASE AIGUE Jour 2 jour 7 - HOSPITALISATION



PHASE de RÉADAPTATION SPÉCIALISÉE ET FONCTIONNELLE / RÉINTÉGRATION SOCIALE

RÉADAPTATION PRÉCOCE
Réadaptation spécialisée de la main jours 8 à 6 semaines

RÉADAPTATION 6 semaines à 6 mois



5. Préparation des régions pour l'organisation des services régionaux VARMU

Le diagramme de processus organisationnel illustre les différents parcours possibles de la personne dans sa trajectoire VARMU.

En fonction des caractéristiques organisationnelles de chaque région, la personne pourra recevoir la réadaptation intensive le plus près possible de son lieu de résidence, tout en privilégiant l'implication des services spécialisés en déficience physique, et ce, dès le début du processus, à la suite du transfert du CEVARMU.

Ainsi, les diagrammes de processus seront adaptés aux diverses réalités régionales, tout en respectant la trajectoire générale VARMU. Des exemples de modèles de déploiement selon des trajectoires adaptées spécifiant les installations désignées pour cette clientèle se trouvent à l'annexe D.

6. Prérequis à l'organisation des services selon les phases du suivi clinique

Certains prérequis sont nécessaires pour pouvoir organiser les services VARMU conformément à la trajectoire.

Phase hyperaiguë

- 6.1 Les services d'urgence des régions connaissent le CEVARMU ainsi que les étapes de transfert du patient¹⁷.
- 6.2 Les responsabilités de transport à l'aller et au retour sont indiquées.

Phase aiguë

- 6.3 Le point de contact et de liaison pour la planification du retour et le suivi posthospitalisation est indiqué en mission CRDP pour la réadaptation, ou en CH pour la phase de réadaptation précoce, au besoin. Un rendez-vous est fixé au moins 48 heures avant le congé et est confirmé avant le départ du patient du CEVARMU.
- 6.4 Le point de contact et de liaison informe le pilote technologique en télésanté de l'établissement pour la préparation de l'environnement technologique nécessaire à la réalisation de la première téléconsultation¹⁸.
- 6.5 Au besoin, un arrimage est réalisé entre le CEVARMU et le CISSS ou le CIUSSS en mission CRDP ou CH pour prendre une décision en fonction des besoins cliniques et fonctionnels du patient ainsi que de sa capacité à pouvoir se déplacer au minimum trois fois par semaine (capacité de transport et distance)¹⁹. Il faut à ce moment se questionner pour savoir si une admission en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou une orientation vers une ressource de répit sont nécessaires. Il s'agit là de cas exceptionnels puisque la trajectoire VARMU est essentiellement une trajectoire de services externes de réadaptation.
- 6.6 Le point de contact et de liaison pour la planification du retour et pour le suivi médical est établi avec le directeur des services professionnels du CISSS ou du CIUSSS de mission CH. Un rendez-vous avec le médecin plasticien ou orthopédiste désigné est confirmé avant le départ du patient, à moins de 48 heures du congé.

¹⁷ Voir annexe E, page 53, « Illustration de la procédure de transfert des victimes d'amputation traumatique au CHUM ».

¹⁸ Une entente spécifique pour la télésanté doit être signée entre le CHUM et l'établissement.

¹⁹ Se référer au DPO général en page 14 pour la schématisation du processus général.

- 6.7 Un dossier médical complet incluant un protocole d'intervention spécifique VARMU est transmis à l'établissement qui reçoit la référence, tel que prévu dans la directive ministérielle²⁰.
- 6.8 Les responsabilités de transport pour le retour sont indiquées (transfert hospitalier, congé à domicile ou en URFI).
- 6.9 Une ressource de répit (hébergement) pourrait être nécessaire pour les cas où une personne présente un état médical stable, mais où il y a des restrictions l'empêchant de fonctionner adéquatement dans son milieu de vie naturel (à la maison).
- 6.10 Amputation non réimplantée : advenant des troubles fonctionnels, il y a orientation de la personne vers le CISSS ou le CIUSSS de mission CRDP. Concernant les soins du moignon en phase aiguë (postopératoire), une recommandation est faite en réadaptation et en suivi de pansements²¹.

Phase réadaptation précoce – congé du CEVARMU

- 6.11 Des médecins ayant une expertise pour cette clientèle sont disponibles pour le suivi de cette clientèle lors du retour en région.
- 6.12 Un service psychosocial (ex. : choc traumatique, difficulté familiale et revenu en conséquence de l'accident) est disponible pour cette clientèle lors du retour en région par le biais du CISSS ou du CIUSSS de mission CRDP.
- 6.13 Des ressources ayant une expertise en réadaptation de la main (ergothérapie et physiothérapie) sont disponibles pour cette clientèle lors du retour dans le milieu d'origine.
- 6.14 Des ressources ayant une expertise en confection d'orthèses (ergothérapeute, physiothérapeute et orthésiste) sont disponibles pour cette clientèle lors du retour dans le milieu. Elles sont offertes à proximité du milieu de vie naturel.
- 6.15 Les besoins en formation et en coaching pour un déploiement sont indiqués pour le volet psychosocial, le volet médical, le volet réadaptation et le volet orthésiste (nombre et type de professionnels, dates de formations, etc.).
- 6.16 Les milieux sont équipés pour recevoir cette clientèle (équipement et fournitures).

²⁰ Directives ministérielles pour le transfert vers le Centre d'expertise pour les victimes ayant subi une amputation traumatique ou nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU), 14 mars 2014 (en cours de révision).

²¹ Le CEVARMU suggère qu'une demande de suivi soit faite au CRDP pour les cas d'amputations et que le patient, en attendant le début des services en CRDP, ait également accès à un suivi ponctuel en CH ou en CLSC, notamment pour sa plaie et la mobilité de sa main. Cela permettrait d'éviter les complications potentielles et la prolongation de la réadaptation.

- 6.17 Les services technologiques des établissements assurent l'installation de la technologie de télésanté sur les postes de travail des professionnels impliqués dans la réadaptation des patients selon les recommandations émises par le CCT-CHUM.
- 6.18 Des mécanismes de communication et d'arrimage régionaux sont en place entre l'équipe médicale, l'équipe de réadaptation en CH et en CRDP et l'équipe des soins de plaies ou de pansements, au besoin.

Pour la phase de réadaptation fonctionnelle et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté, il est à noter que les deux phases peuvent se chevaucher pendant un certain temps.

7. Modalités administratives d'organisation des services à mettre en place

- 7.1 Les modalités de transfert de la région vers le CEVARMU et de retour dans le milieu d'origine sont établies conformément à la politique de déplacement du MSSS et aux orientations ministérielles pour le transfert vers le CEVARMU du MSSS²².
- 7.2 Des modalités administratives de transfert sont préétablies pour toutes les régions ou pour tous les CISSS et les CIUSSS d'une même région afin d'assurer la prise en charge du patient dans les délais requis.
- 7.3 L'établissement concerné doit assurer la désignation et la mise à disposition rapide d'une équipe interdisciplinaire formée apte à prendre en charge cette clientèle sans délai en réadaptation externe (ambulatoire).
- 7.4 Des modalités ou ententes dans le CISSS ou le CIUSSS doivent être convenues pour gérer les ressources de manière uniforme, y compris des ententes convenues à l'avance, à l'intérieur des établissements, en ce qui concerne le prêt du personnel d'expertise et de plateaux techniques, si nécessaire (ex. : entre les missions de courte durée et le programme-service en déficience physique du CISSS ou du CIUSSS, le cas échéant, voir Trajectoire générale, en page 10) :
 - 7.4.1 Prévoir la disponibilité des équipements ou des plateaux techniques ainsi que des ressources humaines pour la réadaptation précoce et le suivi des pansements et des orthèses²³.
 - 7.4.2 Prévoir les possibilités de partage des plateaux techniques ou de prêt du personnel en présence de difficulté de disposer des ressources suffisantes pour tous les points de service en région (des ententes entre les directions peuvent être nécessaires) ou en cas d'absences (vacances, maladies).
 - 7.4.3 S'assurer que le CISSS ou le CIUSSS est en mesure de gérer ses ressources de manière uniforme, qu'il y a des ententes à l'intérieur de l'établissement pour le partage de l'expertise et que de la formation ou du coaching entre le personnel est possible en tout temps pour les cas plus complexes²⁴.

²² Directives ministérielles pour le transfert vers le Centre d'expertise pour les victimes ayant subi une amputation traumatique ou nécessitant une réimplantation ou une revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU), 14 mars 2014 (en cours de révision).

²³ Des fiches techniques aux pages 28 et suivantes détaillent le minimum requis.

²⁴ Le MSSS a convenu avec le CEVARMU et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke de la mise en œuvre d'une formation continue partagée, qui est disponible en ligne pour le réseau. De plus, le MSSS a mandaté le Centre de coordination de la télésanté du CHUM pour qu'il

- 7.5 Des modalités ou ententes dans le CISSS ou le CIUSSS doivent être convenues pour le partage d'expertise entre le personnel expérimenté et le nouveau personnel afin d'assurer la pérennité et l'accès aux services en tout temps, en plus des modalités de formation déjà convenues, si nécessaire.
- 7.6 En plus de la disponibilité de formation par la formation continue partagée, des formations en présence et du coaching ou de l'accompagnement sont prévus en collaboration avec le CEVARMU (voir la séquence de déploiement suggérée à l'annexe C).
- 7.7 Le CEVARMU offre le soutien nécessaire (assistance, coaching en continu et de manière pérenne), notamment par l'entremise d'un coordonnateur ou d'une coordonnatrice clinique attiré au programme.

agisse en soutien à l'organisation des services du CEVARMU au moyen de la technologie de télésanté.

8. Modalités clinico-administratives à mettre en place²⁵

- 8.1 Une personne est désignée dans chaque établissement pour planifier les rendez-vous sans délai lors du retour en région. Cette personne établit les liens nécessaires avec :
- le responsable du suivi médical en plastie ou orthopédie, ou dans d'autres spécialités médicales²⁶;
 - les coordonnateurs cliniques des programmes de réadaptation en déficience physique;
 - les services courants (pansements par le CLSC);
 - le pilote technologique en télésanté de l'établissement.
- 8.2 Le CEVARMU avise l'établissement de l'arrivée d'un nouvel usager au moins 48 heures à l'avance pour qu'il puisse se préparer et planifier les services requis.
- 8.3 Dès que l'établissement concerné est avisé, il se prépare à recevoir la demande de service pour prévoir la prise en charge avec un « délai zéro » :
- un premier rendez-vous médical en spécialité médicale (CH régional);
 - un rendez-vous en centre de réadaptation;
 - la liaison avec le CLSC pour le pansement.
- 8.4 Le CEVARMU avise les personnes désignées comme responsables des services VARMU dans leur établissement du plan de suivi individualisé et des besoins de réadaptation de l'usager, y compris le suivi des plaies et la date probable de retour en région, soit :
- le coordonnateur du programme de réadaptation VARMU en CH;
 - le responsable du suivi médical en CH (désigné par le directeur des services professionnels du CH);
 - le responsable de la réadaptation en CRDP;
 - le responsable au suivi des plaies et de traitement des plaies en CLSC.

²⁵ Se référer au DPO général en page 14 pour la schématisation du processus.

²⁶ Les démarches nécessaires relativement à la désignation des médecins attitrés à cette clientèle, pour chaque région, ont été convenues lors d'une rencontre spécifique à cet effet entre le CEVARMU et le MSSS le 29 mai 2017.

- 8.5 Le CISSS ou le CIUSSS avise le CEVARMU d'une date de prise en charge pour les différents services (CH, CRDP et CLSC) et s'assure de l'installation de la technologie de télésanté sur les postes de travail des professionnels impliqués dans la réadaptation des patients.
- 8.6 Le CEVARMU achemine les documents à l'établissement, au plus tard au moment où l'utilisateur quitte le CHUM.
- 8.7 À la réception des documents, la demande de service est acheminée selon les modalités internes prévues dans les établissements.
- 8.8 La coordination des services entre le suivi médical (plastie ou autre), l'équipe de réadaptation et les services de suivi de pansements²⁷ est assurée dès la prise en charge régionale, y compris le prêt de ressources expertes ou de ressources matérielles entre les programmes et la mise à jour des procédures internes de l'établissement.
- 8.9 La prise en charge conjointe s'effectue sans délai et avec l'intensité requise : ergothérapeute, infirmière (soins à domicile), médecin, orthésiste-prothésiste, physiothérapeute, travailleur social, psychologue et autres.
- 8.10 Au besoin, des professionnels additionnels sont ajoutés, par exemple un psychiatre ou un intervenant en toxicomanie (réadaptation en toxicomanie). L'intervention spécifique d'une équipe en réadaptation socioprofessionnelle peut s'avérer nécessaire dans certains cas pour favoriser le retour au travail antérieur ou pour une réorientation professionnelle.
- 8.11 La prise en charge des aspects psychosociaux est réalisée dès les premiers jours de la phase de réadaptation précoce et inclut l'implication de la famille et des proches.
- 8.12 L'implication du patient-ressource est planifiée, le cas échéant. Le CEVARMU dispose d'une banque de noms de patients-ressources formés et disponibles à cet effet.

À noter :

Les modalités de télésanté efficaces et conviviales sont à établir, conjointement avec le CEVARMU, pour chaque personne en suivi et en réadaptation postreplantation ou postrevascularisation.

Une coordination doit être assurée avec le CEVARMU, particulièrement lors des situations complexes comprenant l'arrimage clinique, le soutien professionnel, la communication, la formation et le soutien d'expertise.

Plus spécifiquement, un suivi systématique est assuré par le CEVARMU à intervalles réguliers.

²⁷ Il est à noter que l'implication du CLSC pour la réfection du pansement est obligatoire même si les ergothérapeutes et les physiothérapeutes sont en mesure de refaire le pansement après la thérapie.

9. Description de l'offre de soutien du CEVARMU par la télésanté

En 2015, le MSSS a adopté une gouvernance en télésanté et a exigé que chaque établissement nomme un pilote clinique et un pilote technologique en télésanté. De plus, selon les orientations ministérielles, la télésanté doit être utilisée comme une solution technologique complémentaire aux soins et aux services existants, favorisant la mise en réseau des établissements, des professionnels de la santé et des patients. Afin de soutenir les établissements du réseau dans le déploiement de la télésanté, quatre CCT ont été mis en place : CCT-CHUM, CCT-CUSM, CCT-CHU de Québec – Université Laval et CCT-CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Téléconsultation et coaching postréimplantation de la main

Dans le cadre du déploiement du continuum de services postréimplantation, en collaboration avec les autres CCT et les pilotes en télésanté des établissements, le CCT-CHUM accompagnera le CEVARMU pour les services en télésanté aux établissements.

Dans le contexte où certains établissements ont peu ou aucune expérience avec cette clientèle (en raison du faible volume régional), la technologie de télésanté est un levier pour offrir du soutien et du coaching aux équipes locales. Pour ce faire, un service de téléconsultation avec les experts du CEVARMU est mis en place et peut être réalisé en temps réel ou différé, selon les besoins.

La téléconsultation se fait au moyen d'une technologie de vidéoconférence sécurisée offrant plusieurs fonctionnalités favorables à la collaboration professionnelle à distance, dont une communication audio-vidéo, un partage de fichiers et de photos ainsi qu'une fonction d'enregistrement. De plus, l'établissement qui assure le suivi en réadaptation est invité à procéder à l'installation de l'application sur le poste de travail du professionnel en réadaptation.

Une lettre ainsi que la procédure d'installation de la technologie recommandée sont transmises par la coordonnatrice ou le coordonnateur du CEVARMU lors du transfert à l'établissement²⁸. Il importe que l'équipe technologique locale soit avisée rapidement du transfert pour procéder à l'installation de la technologie. Le service de technologie de l'information (TI) local et le CCT d'appartenance assurent un soutien aux établissements en ce qui concerne l'installation de la technologie, les tests de connexion ainsi que la formation avant le transfert de l'utilisateur. La mise à jour de ces technologies relève du service de TI de chaque établissement.

²⁸ Il est à noter que la technologie utilisée n'est pas statique et peut être appelée à changer selon les veilles technologiques en télésanté et les orientations ministérielles, le cas échéant.

Organisation clinico-administrative et technologique de la technologie de télésanté

L'organisation de la technologie de télésanté permet de soutenir les cliniciens en région qui ont besoin d'être accompagnés par les experts du CEVARMU du CHUM. Ce modèle d'organisation permet de décentraliser l'expertise en réadaptation et de développer une expertise locale au moyen de la technologie de télésanté.

Au niveau local, la nouvelle organisation nécessitera la désignation d'une personne qui agira comme point de contact centralisé afin d'avoir un seul guichet d'accès par établissement. Le rôle de cette personne sera de recevoir les demandes de suivi provenant du CEVARMU. Elle fera ensuite les différentes demandes de services interprofessionnels et techniques afin que l'utilisateur reçoive les soins et les services requis dans les délais prescrits.

Avant la réception d'une nouvelle demande, la technologie de télésanté est installée sur le poste du plasticien qui sera responsable du suivi médical du patient. Le plasticien de l'établissement pourra ainsi obtenir le soutien de l'équipe du CHUM avec la technologie de télésanté.

La solution technologique est aussi installée sur le poste de l'ergothérapeute-ressource avant la réception de la nouvelle demande. L'ergothérapeute-ressource agira comme expertise locale pour l'équipe de réadaptation locale. L'ergothérapeute-ressource et l'ensemble des intervenants pourront approfondir leurs connaissances pour le suivi de la clientèle VARMU en suivant des formations continues en ligne (*e-learning*) mises à sa disposition par le CEVARMU. De plus, la technologie de télésanté permettra à l'ergothérapeute-ressource de pouvoir assister les ergothérapeutes traitants dans son établissement. L'ergothérapeute-ressource peut lui-même être soutenu par l'expert du CEVARMU avec la technologie de télésanté. Le modèle d'organisation est flexible et s'adapte à la réalité de l'établissement. Si dans un milieu il n'est pas nécessaire d'avoir un ergothérapeute-ressource, ou si l'ergothérapeute traitant est en même temps l'ergothérapeute-ressource, le modèle va s'adapter aux différents contextes organisationnels. Dans un pareil cas où il n'y aurait pas d'ergothérapeute-ressource, l'ergothérapeute traitant entre directement en contact avec l'ergothérapeute expert du CEVARMU.

Lors du déploiement de ces services, le CCT-CHUM accompagnera le CCT d'appartenance ou le service informatique de l'établissement (pour les établissements de son territoire) afin d'effectuer l'installation de la solution visioconférence et les procédures de tests. Le CCT d'appartenance et le service des TI local seront outillés par le CCT-CHUM avec la documentation appropriée pour réaliser la formation des utilisateurs.

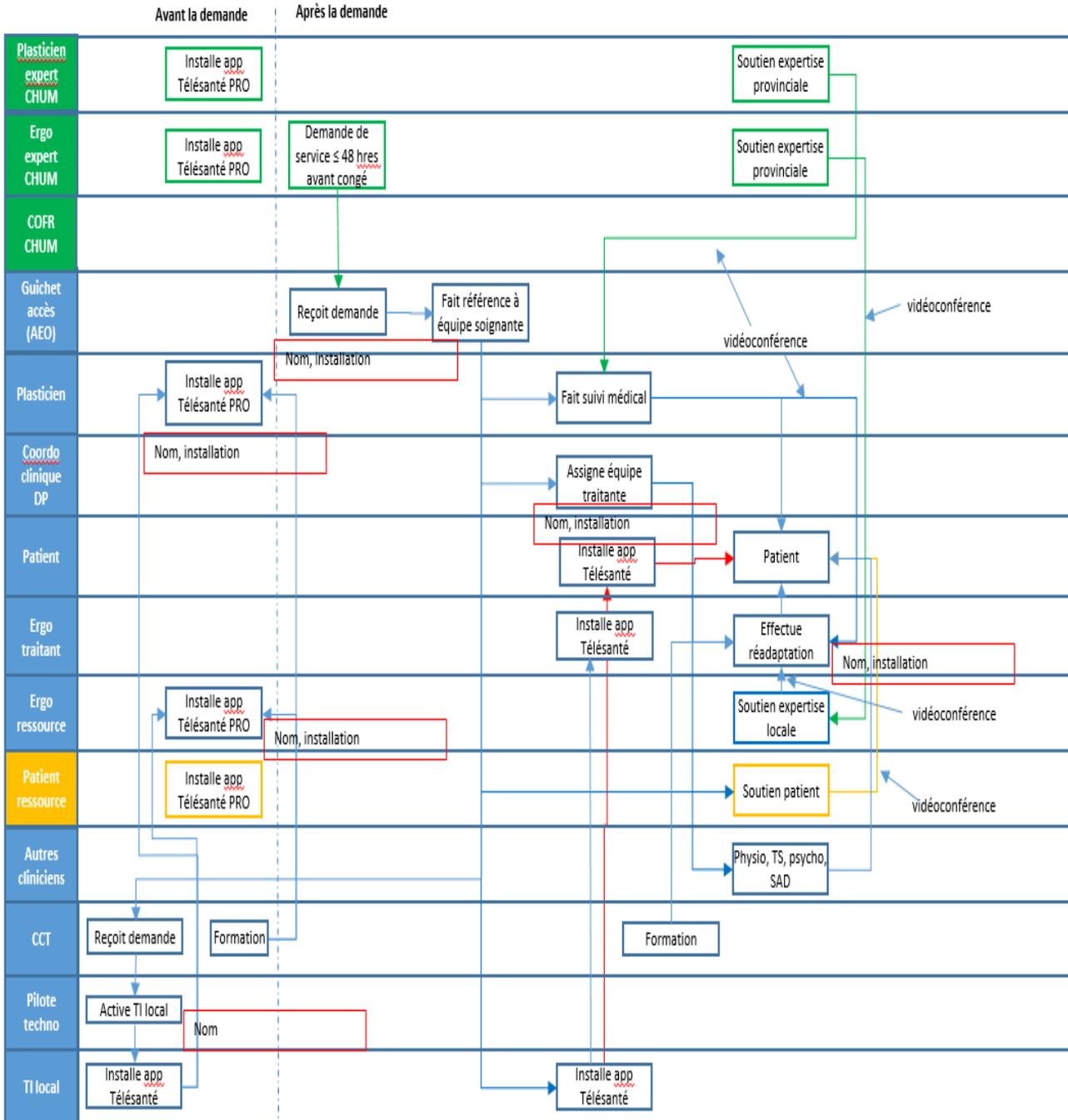
De plus, avant d'obtenir son congé du CEVARMU, le patient peut choisir d'être accompagné par un patient-ressource. Le patient-ressource est un bénévole qui accompagne le patient par la technologie de télésanté. Le CEVARMU du CHUM est responsable d'assigner un patient-ressource au patient qui retourne dans sa région. Après la réception de la nouvelle demande, le service des TI local assiste le patient à distance pour installer la solution de télésanté chez lui.

Il faudra envisager une gestion des licences pour les différents utilisateurs de la solution de télésanté. Le service des TI local ou le CCT d'appartenance pourra se charger de la gestion et de l'achat des licences pour les utilisateurs de la solution de télésanté dans

l'établissement. Le CCT-CHUM outillera l'établissement ou le CCT d'appartenance avec les documents et procédures pour effectuer cette gestion des licences.

Le CCT-CHUM assistera également l'établissement dans l'organisation du soutien technique de la technologie de télésanté.

Voir le tableau ci-dessous illustrant **le flux de travail clinico-administratif et l'organisation de la solution de télésanté** :



Fiche A Soins de plaies

La clientèle du CEVARMU requiert, pour la plupart, des soins de plaies et des pansements réguliers. En plus de favoriser la guérison du membre atteint, la qualité de ces soins contribue à faciliter la réadaptation et la mobilisation du membre. Par la nature des interventions, le thérapeute peut être amené à défaire les pansements en place, ce qui nécessite par la suite de refaire adéquatement le pansement.

Dans ce contexte, il importe de donner des lignes directrices sur le rôle de chacune des parties impliquées dans ce processus de travail interétablissements.

Il est attendu que chacun des centres impliqués pourrait devoir l'adapter à sa réalité et à son fonctionnement interne.

Objectifs

Assurer un suivi rigoureux et favoriser la guérison des plaies postopératoires complexes des clients du CEVARMU en clarifiant le rôle de chacun.

Rôle et responsabilités

CEVARMU:

- Déterminer le besoin en pansements et en soins de plaies.
- S'assurer que le CISSS ou le CIUSSS que les demandes de soins de pansements soient acheminées au CLSC d'appartenance de l'utilisateur²⁹.
- Le cas échéant, fournir les prescriptions nécessaires à l'utilisateur lors de son départ (si produits spécifiques).
- Fournir au patient un formulaire de transfert interétablissements, au choix de l'établissement où est indiquée la procédure à suivre.

CLSC:

- Répondre au besoin initial déterminé par le CEVARMU.
- Communiquer l'information pertinente au centre de réadaptation et à l'équipe médicale.
- Ajuster ses interventions au besoin, selon les informations communiquées par le centre de réadaptation ou l'équipe médicale.
- Aviser prioritairement le médecin traitant (plasticien ou orthopédiste responsable de la région) ou le plasticien en service du CEVARMU de toute situation d'urgence, soit si la plaie présente une détérioration grave, et, idéalement, joindre une photo à la demande de consultation au médecin (envoi par l'infirmière).

²⁹ Selon les modalités convenues entre le CHUM et le CISSS ou le CIUSSS.

CRDP:

- Prendre connaissance des besoins de l'utilisateur en termes de suivi du pansement.
- À l'arrivée de l'utilisateur, s'assurer de la prise en charge par le CLSC.
- Selon les besoins de mobilisation, défaire le pansement avant la thérapie et le refaire après la séance.
- S'assurer que l'utilisateur quitte le centre de réadaptation avec un pansement sécuritaire pour ses besoins. Idéalement, une ressource à l'interno pour refaire le pansement devrait être prévue à cet effet. Si le milieu le permet, il est souhaitable que ce soit une infirmière.

Toutefois, l'ergothérapeute³⁰ ou le physiothérapeute³¹ formé peut également réaliser cette tâche selon les balises suivantes :

- Les débridements et les retraits de points n'ont pas nécessairement besoin de prescription et peuvent faire partie du plan d'intervention du professionnel qui en a la compétence, tant que cela ne va pas à l'encontre du plan d'intervention interdisciplinaire.
- Le pansement doit être prescrit par un médecin. Le professionnel peut défaire et refaire le pansement dans le cadre de son intervention, mais ne peut pas en changer la nature.
- L'utilisation de pansements médicamenteux par le professionnel doit faire partie de la prescription (ligne précédente) liée aux pansements (par exemple le Bactigras).
- Toute utilisation de crème ou de produit considéré comme étant un médicament (ce qui n'est pas le cas du gel de silicone pour les cicatrices) doit être prescrite même si le produit est disponible en vente libre.
- Communiquer tout besoin de modification et d'ajustement du plan au CLSC de l'utilisateur par le biais de la demande de service, d'un appel téléphonique, d'une note ou autre.
- Déterminer et administrer les modalités complémentaires possibles en physiothérapie pour les soins de plaies, dont l'hydrothérapie, l'oxygénothérapie, le laser et les ultrasons.
- Communiquer toute situation problématique en lien avec la plaie au médecin traitant ou au CEVARMU en situation d'urgence.

³⁰ Sources : *Prodiguer des traitements reliés aux plaies*, Ordre des ergothérapeutes du Québec, décembre 2007, p. 6, et selon l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (communication personnelle).

³¹ Aucune formation particulière n'est exigée par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec pour le traitement des plaies. Le professionnel de la physiothérapie doit évidemment s'assurer de détenir les connaissances et les compétences pour traiter une plaie et faire un pansement, mais cela fait partie de ses obligations déontologiques.

Équipements nécessaires pour les soins de plaies :

Positionnement : plan incliné pour confort (élévation membre supérieur)

Nettoyage de plaies

- ✓ Champ stérile
- ✓ Pincés et ciseaux stériles et non stériles
- ✓ Eau stérile
- ✓ Bouteille d'alcool et d'iode
- ✓ Bol stérile
- ✓ Cotons-tiges
- ✓ Gants stériles et non stériles

Pansements

- ✓ Compresses stériles (2 x 2, 3 x 3 et 4 x 4)
- ✓ Bâtons au nitrate d'argent
- ✓ Kling (2 po et 3 po)
- ✓ Stéri-strips
- ✓ Bactigras (5 x 5 cm et 10 x 10 cm)
- ✓ Stockinette
- ✓ Onguent antibiotique (ex. : Polysporin ou Bioderm)
- ✓ Bandage adhésif (ex. : Transpore ou Micropore 3M, Méfix)
- ✓ Coban (1 po et 1,5 po)

Fiche B Orthèses

En raison des différentes fonctions de l'orthèse et de l'évolution de la main au fil du temps, l'usager ayant subi une réimplantation de la main aura besoin de plusieurs orthèses tout au long de son parcours pour les raisons suivantes :

- Protection : stabiliser ou immobiliser une ou plusieurs articulations pendant la phase de guérison.
- Correction : exercer une force passive sur une articulation ou une cicatrice pour corriger une déformation.
- Fonction : remplacer un membre absent ou positionner la main afin de favoriser son intégration lors de manipulations.

Les personnes attirées et compétentes pour réaliser des orthèses sont les ergothérapeutes³² ou les physiothérapeutes³³ ayant une expertise en thérapie de la main ainsi que les orthésistes ayant des compétences pour les membres supérieurs.

Compétences et attentes pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes

Les thérapeutes établissent le plan de traitement de réadaptation du patient. Les orthèses font partie de l'une de leurs formes de traitement. Ils doivent donc régulièrement (par moments, lors des phases très actives, toutes les semaines) faire une réévaluation de cette forme de traitement pour l'adapter et remouler l'orthèse au besoin.

Pour ce faire, ils doivent connaître les différents types d'orthèses et leur utilité pour la réadaptation. Ils doivent être capables de déterminer quel type et quel modèle d'orthèse sont les plus appropriés à la situation du patient, de détecter lorsqu'une orthèse n'est plus ajustée et d'expliquer au besoin à l'orthésiste leurs attentes précises pour certaines orthèses.

Ils doivent aussi être capables de réaliser un minimum d'orthèses de réadaptation par eux-mêmes, comme de petites orthèses digitales. Ils doivent aviser l'orthésiste lorsqu'il y a des restrictions de mouvement liées à une chirurgie récente ou autre condition afin de prévenir un faux mouvement pouvant nuire à la récupération du patient lors du moulage de l'orthèse.

³² Les professionnels de l'ergothérapie sont en mesure d'évaluer les habiletés fonctionnelles; de déterminer et de mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention; de développer, de restaurer ou de maintenir les aptitudes; de compenser les incapacités; de diminuer les situations de handicap; et d'adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

³³ Les professionnels de la physiothérapie évaluent les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminent un plan de traitement et réalisent les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.

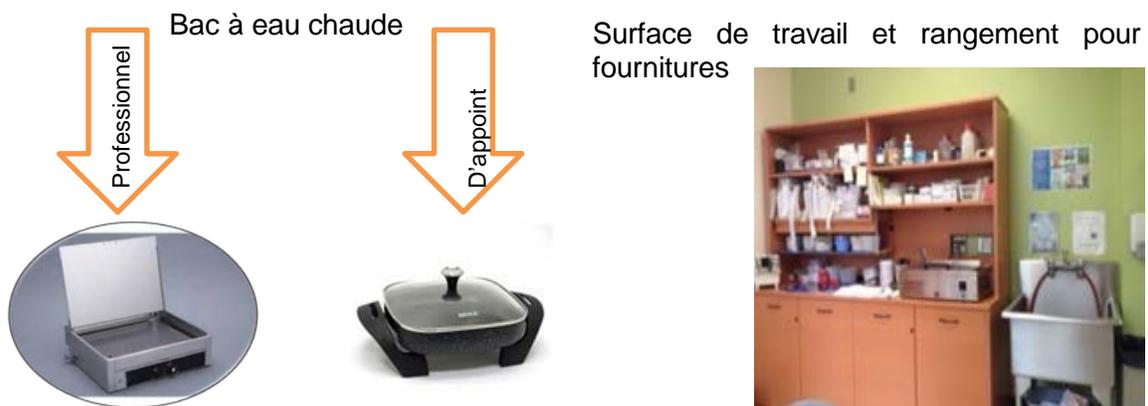
Compétences et attentes pour les orthésistes

Les orthésistes sont les experts de la fabrication³⁴ des orthèses. Ils sont davantage habitués à faire des orthèses à durée plus longue et avec des matériaux plus durables et complexes.

La collaboration entre l'équipe de réadaptation et l'équipe d'orthésistes est essentielle. Nous recommandons que le thérapeute soit présent lors du moulage de l'orthèse afin que tous arrivent au meilleur résultat possible pour faire progresser le patient. En effet, souvent, le thérapeute ayant mobilisé manuellement le patient avant la fabrication de l'orthèse aura une meilleure idée de la posture optimale lors du moulage.

Par exemple, il connaîtra la malléabilité des tissus mous, la limite de la stabilité articulaire ou les amplitudes à respecter selon le protocole de mobilisation utilisé, ce qui constitue des informations primordiales auxquelles l'orthésiste n'a pas accès. En absence de ce type de collaboration, le port de l'orthèse aura un effet sous-optimal et pourrait même être préjudiciable.

Matériaux et équipements requis pour les ergothérapeutes



Étagères et comptoir/salle de traitement ergo

Chariot mobile



- Fusil à air chaud
- Gros ciseaux
- Lame de type X-acto
- Spatule

Fournitures

³⁴ Manuel de référence pour la fabrication d'orthèses: Brenda M. Coppard, PhD, OTR/L, et Helene Lohman, MA, OTD, OTR, *Introduction to Splinting: A Clinical-Reasoning & Problem-Solving Approach*, publié par Mosby, 2001.

- ✓ Thermoplastiques à propriétés et à épaisseurs variées (exemple : Orfit, Taylor, Aquaplast)
- ✓ Velcro 1 po (auto-collant et non-collants et crochet)
- ✓ Stockinette (manchon de coton à porter sous l'orthèse)
- ✓ Velcro élastique 1 po
- ✓ Velcro 2 po (velours et crochet)
- ✓ Surface coussinée autoadhésive
- ✓ Ruban adhésif à pansement

Fiche C Équipements de base en réadaptation VARMU

Évaluation

Amplitude articulaire

Goniomètre (doigts et poignet) Force

Dynamomètre Jamar

Pincemètre

Jamar Sensibilité

Test au monofilament Semmes-Weinstein

Aesthésiomètre (discrimination 2 points)

Moberg Pickup

Test Œdème

Ruban à

mesurer Dextérité

9-Hole Peg Test

Purdue Pegboard Test

Minnesota Manipulative Test

Réadaptation

Motricité fine et grossière

Cônes à empiler

Balles mousses de diverses grosseurs

Petits objets à ramasser (ex. : jetons, billes, pompons, etc.)

Boules chinoises

Cylindres de carton

Labyrinthe

Poulie

Planchette

Sensori-moteur

Boîte miroir

Vibromasseur

Bacs de particules variées

Tissus à textures

variées Massage

Crème hydratante non parfumée

Pompe à cicatrice

Modalités passives

Appareil de mobilisation passive continue (communément appelée « CPM »)

Orthèse statique progressive de poignet (JAS ou Dynosaure) (\$\$)

Sandwich d'extension des doigts

Kinésio Taping

Renforcement

Bandes élastiques TheraBand (jaune, rouge, vert, bleu)

Putty d'exercice (jaune, rouge, vert, bleu)

Épingles (jaune, rouge, vert, bleu, noir)

Digiflex (jaune, rouge, vert, bleu, noir)

Flexbar TheraBand (rouge, vert, bleu)

Balles TheraBand (jaune, rouge, vert, bleu, noir)

Power Web exerciser (jaune, rouge, vert, bleu, noir)

Pinces et goujons

Poids variés

Gyroscope

Fournitures au client³⁵

Gant compressif

Tubigrip (grandeurs B à F)

Gel silicone

Moule d'élastomère

Coban (1 et 1,5 po)

Kinésio Taping

Putty

Élastiques TheraBand

³⁵ Exercices à la maison – frais accessoires.

Fiche D Guide explicatif pour refaire un pansement

Voici les étapes qui doivent être observées et exécutées pour effectuer un pansement pour le CEVARMU.

Il est important de mentionner qu'au cours de la première semaine, les pansements sont volumineux et généralement faits avec les doigts qui sont maintenus ensemble.

Par la suite, les pansements sont faits séparément pour chaque doigt individuellement avec des PETITES compresses entre les doigts pour faire sécher la peau macérée. Le pansement ne doit pas être serré.

Préparer l'environnement

- S'assurer que l'utilisateur est confortablement installé et se placer de façon à être à l'aise.
- Vérifier le niveau de douleur de l'utilisateur.

Préparer la table et le matériel

- Rassembler le bon matériel (Bactigras, compresses 3 x 3, 2 x 3 ou 4 x 4, Kling, ciseaux stériles, gant stérile, ruban adhésif).
- Mettre le matériel sur un champ stérile.
- Porter des gants stériles.
- Préparer les compresses (injecter de l'eau stérile sur les compresses avec une seringue).
- N'utiliser qu'une seule couche de compresse.

Défaire le pansement initial

- Utiliser des ciseaux propres.
- Utiliser une solution d'eau stérile ou d'eau saline (NaCl) si le pansement est collé. Ne pas mettre d'eau sur les broches. De préférence, utiliser une seringue pour mieux viser la région à nettoyer. Humecter si le Bactigras est collé.

Nettoyer les plaies

- Déposer la main du patient sur un nouveau champ stérile.
- Utiliser des compresses d'eau stérile pour nettoyer les plaies ou selon les recommandations du médecin (rôle de l'infirmière).

Refaire le pansement (semblable à la main avec brûlure)

- Découper les compresses préparées de la bonne grandeur pour les mettre sur les plaies des doigts.
- Recouvrir les doigts avec le Bactigras et les compresses pas trop épaisses.
- Ne pas recouvrir les zones guéries.

- Faire un tour avec le Kling et les compresses au besoin autour du poignet en débutant sur la face postérieure.
- Recouvrir tous les doigts avec des compresses de dimension adéquate.
- Passer le bandage en rouleau dans l'espace interdigital en partant de la face postérieure du poignet pour terminer sur la face antérieure. Des compresses peuvent être placées entre les doigts.
- Couvrir les doigts avec le Kling, en partant du bout vers la base, en continu, sans arrêter, parce que la vascularisation est fragile (rôle de l'infirmière).
- Couvrir le reste de la main, soit la paume et le *dorsum* de la main.
- Ne mettre que deux épaisseurs de bandage au maximum. Le patient ne doit pas avoir une mitaine.

Il faut s'assurer que le pansement se fait sous l'orthèse.

ANNEXES

ANNEXE A Statistiques

Programme de réimplantation – 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017

Information de la BDM-SIRTQ : hospitalisations en courte durée
CHUM – Hôpital Notre-Dame du CHUM

	Périodes													
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total
Nombre d'événements traumatiques BDM-SIRTQ – 2016-2017	7	9	11	8	11	17	3	11	7	10	5	8	3	110
Nombre d'événements traumatiques BDM-SIRTQ – 2015-2016	7	8	9	6	4	9	8	9	4	6	2	5	4	81
Nombre d'événements traumatiques BDM-SIRTQ – 2014-2015	4	6	15	13	10	6	10	11	8	3	5	12	2	105

Répartition par strate d'âge

Strate d'âge	2016-2017		2015-2016		2014-2015	
		%		%		%
0-34 ans	28	25,5	23	28,4	28	26,7
35-44 ans	24	21,8	13	16,0	18	17,1
45-54 ans	13	11,8	14	17,3	19	18,1
55-64 ans	29	26,4	21	25,9	23	21,9
65-74 ans	11	10,0	9	11,1	15	14,3
75-84 ans	4	3,6	1	1,2	2	1,9
85 ans et plus	1	0,9		0,0		0,0
Total	110	100 %	81	100 %	105	100 %

Distribution selon le sexe

Sexe	2016-2017		2015-2016		2014-2015	
		%		%		%
Masculin	101	91,8	77	95,1	96	91,4
Féminin	9	8,2	4	4,9	9	8,6
Total	110	100 %	81	100 %	105	100 %

Distribution selon l'organisme payeur

Organisme payeur	2016-2017		2015-2016		2014-2015	
		%		%		%
RAMQ	68	61,8	48	59,3	70	66,7
SAAQ	1	0,9	1	1,2	1	1,0
CSST	39	35,5	26	32,1	32	30,5
Assurance privée		0,0	1	1,2		0,0
Gouvernement fédéral	1	0,9	2	2,5		0,0
OHIP (Ontario Health Insurance Plan)		0,0	1	1,2		0,0
Inconnu		0,0	2	2,5		0,0
Aucun	1	0,9		0,0	1	1,0
Autre		0,0		0,0	1	1,0
Total	110	100 %	81	100 %	105	100 %

Distribution selon la région administrative

Région administrative	2016-2017		2015-2016		2014-2015	
		%		%		%
Abitibi-Témiscamingue	3	2,7	2	2,5		0,0
Bas-Saint-Laurent	1	0,9	3	3,7	1	1,0
Chaudière-Appalaches	6	5,5	5	6,2	8	7,6
Côte-Nord		0,0	1	1,2		0,0
Estrie	7	6,4	5	6,2	4	3,8
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3	2,7		0,0	1	1,0
Lanaudière	9	8,2	8	9,9	2	1,9

Laurentides	12	10,9
Laval	2	1,8
Mauricie–Bois-Francs	8	7,3
Montérégie	15	13,6
Montréal	21	19,1
Outaouais	4	3,6
Québec	11	10,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7	6,4
Autre (province, pays)	1	0,9
Total	110	100 %

9	11,1
4	4,9
7	8,6
12	14,8
11	13,6
3	3,7
6	7,4
2	2,5
3	3,7
81	100 %

17	16,2
5	4,8
5	4,8
25	23,8
19	18,1
5	4,8
7	6,7
5	4,8
1	1,0
105	100 %

Distribution selon la provenance du patient

Type de provenance (urgence)	2016-2017	%
Centre hospitalier de courte durée	2	1,8
CLSC		0,0
Clinique externe d'un CH courte durée	3	2,7
Admission directe	1	0,9
Urgence d'un autre CH	87	79,1
Accident	17	15,5
Domicile		0,0
Total	110	100 %

2015-2016	%
1	1,2
1	1,2
	0,0
	0,0
64	79,0
15	18,5
0	0,0
81	100 %

2014-2015	%
0	0,0
0	0,0
	0,0
	0,0
84	80,0
21	20,0
0	0,0
105	100 %

Distribution selon la provenance du patient

Type de provenance (admission)	2016-2017	%
Centre hospitalier de courte durée		0,0
Urgence du CHUM	109	99,1
Domicile	1	0,9
Total	110	100 %

2015-2016	%
	0,0
81	100,0
	0,0
81	100 %

2014-2015	%
	0,0
105	100,0
	0,0
105	100 %

Distribution selon l'établissement de provenance du patient (de l'urgence du FD)

Établissements de courte et longue durée	2016-2017	%	2015-2016	%	2014-2015	%
CH ANNA-LABERGE	4	4,3	2	3,0	5	6,0
CH BEAUCE-ETCHEMIN		0,0		0,0		0,0
CH CHAUVEAU		0,0	1	1,5		0,0
CH D'AMQUI		0,0	1	1,5		0,0
CH DE CHANDLER		0,0		0,0	1	1,2
CH DE COATICOOK		0,0		0,0	1	1,2
CH DE GRANBY	1	1,1	1	1,5		0,0
CH DE LA RÉGION DE L'AMIANTE		0,0		0,0		0,0
CH DE LACHINE		0,0		0,0	1	1,2
CH DE ST. MARY		0,0	1	1,5		0,0
CH DE VAL-D'OR	1	1,1	2	3,0		0,0
CH DE VERDUN		0,0		0,0	1	1,2
CH DU CENTRE-DE-LA-MAURICIE	1	1,1		0,0	1	1,2
CH FLEURY		0,0		0,0		0,0
CH GATINEAU MEMORIAL		0,0		0,0		0,0
CH HONORÉ-MERCIER	3	3,3	3	4,5	4	4,8
CH LAURENTIEN (STE-AGATHE)	5	5,4		0,0	1	1,2
CH NOTRE-DAME-DU-LAC	1	1,1		0,0	1	1,2
CH PIERRE-BOUCHER	1	1,1	1	1,5		0,0
CH PIERRE-LE GARDEUR	2	2,2	1	1,5	1	1,2
CH DE PORTNEUF		0,0		0,0	2	2,4
CH RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE	2	2,2	3	4,5	2	2,4
CH RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE (RDL)		0,0	2	3,0		0,0
CH RÉGIONAL DU SUROÏT	1	1,1	1	1,5	2	2,4
CH SAINT-EUSTACHE	3	3,3	2	3,0		0,0
CH SAINT-JOSEPH DE LA MALBAIE		0,0	1	1,5	1	1,2
CH UNIV. DE SHERBROOKE – HÔTEL-DIEU	1	1,1	2	3,0		0,0
CENTRE DE L'ANNONCIATION		0,0		0,0		0,0
CENTRE DE SERVICES DE RIVIÈRE-ROUGE	2	2,2		0,0	1	1,2
CENTRE DE MONT-LAURIER	1	1,1	1	1,5	2	2,4

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERV. SOCIAUX DE LA SAINT-MAURICE		0,0
CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS/HOP. STE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	1	1,1
CENTRE DE SOINS DE COURTE DURÉE LA SARRE	1	1,1
CENTRE MARIA-CHAPDELAINE – CENTRE DE SERVICE DOLBEAU	3	3,3
CENTRE MULTISERVICE DU GRAND LITTORAL		0,0
CH-CLSC-CHSLD LAC-MÉGANTIC		0,0
CLSC ST-MARC-DES-CARRIÈRES		0,0
CLSC, HOP. ET CENTRE D'HÉBERGEMENT CHRIST-ROI		0,0
COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE		0,0
CSSS DU GRANIT		0,0
CSSS DE PORT-CARTIER		0,0
CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE	1	1,1
HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	3	3,3
HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE	1	1,1
HÔPITAL CITÉ-DE-LA-SANTÉ	2	2,2
HÔPITAL D'AMOS	1	1,1
HÔPITAL DE CHICOUTIMI	3	3,3
HÔPITAL DE LA BAIE DES HA! HA!		0,0
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	9	9,8
HÔPITAL DE MARIA	2	2,2
HÔPITAL DE PAPINEAU		0,0
HÔPITAL DE SAINT-GEORGES		0,0
HÔPITAL DE THETFORD MINES	2	2,2
HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	2	2,2
HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	3	3,3
HÔPITAL FLEURIMONT	1	1,1
HÔPITAL ET CR DE JONQUIÈRE	1	1,1

		0,0
		0,0
		0,0
1		1,5
		0,0
		0,0
1		1,5
		0,0
1		1,5
		0,0
		0,0
1		1,5
1		1,5
1		1,5
		0,0
		0,0
		0,0
3		4,5
		0,0
2		3,0
1		1,5
1		1,5
1		1,5
		0,0
		0,0
		0,0

		0,0
1		1,2
		0,0
		0,0
		0,0
		0,0
		0,0
		0,0
		0,0
2		2,4
		0,0
		0,0
1		1,2
2		2,4
		0,0
		0,0
2		2,4
		0,0
2		2,4
2		2,4
2		2,4
3		3,6
6		7,1
		0,0
		0,0

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	4	4,3
HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	1	1,1
HÔPITAL HÔTEL-DIEU GASPÉ	1	1,1
HÔPITAL JEAN-TALON		0,0
HÔPITAL MEMORIAL DE WAKEFIELD		0,0
HÔPITAL SAINTE-CROIX	1	1,1
HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM		0,0
HÔPITAL SANTA CABRINI	1	1,1
HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	1	1,1
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS/PAVILLON PHILOMÈNE-LE MOINE	4	4,3
HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	1	1,1
HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL		0,0
HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME	1	1,1
HÔTEL-DIEU DE SOREL		0,0
HÔTEL-DIEU DU CHUM	2	2,2
L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL	2	2,2
L'HÔPITAL GÉN. JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS		0,0
ONTARIO		0,0
OTTAWA GENERAL		0,0
PAVILLON DE GATINEAU		0,0
PAVILLON DE HULL		0,0
PAVILLON DE L'HÔTEL-DIEU D'ALMA	1	1,1
PAV. MAISONNEUVE/PAV. MARCEL-LAMOUREUX	2	2,2
PAVILLON L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC		0,0
PAVILLON SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	1	1,1
PAVILLON STE-MARIE (CH À TROIS-RIV.)	4	4,3
Total	92	100 %

	5	7,6
	1	1,5
		0,0
	1	1,5
	1	1,5
	3	4,5
	1	1,5
		0,0
	2	3,0
	1	1,5
	2	3,0
		0,0
	5	7,6
		0,0
		0,0
	1	1,5
		0,0
	1	1,5
		0,0
		0,0
		0,0
	1	1,5
		0,0
	1	1,5
		0,0
		0,0
		0,0
	1	1,5
	66	100 %

		0,0
		0,0
		0,0
	1	1,2
		0,0
	2	2,4
		0,0
		0,0
	1	1,2
	3	3,6
	1	1,2
	1	1,2
	6	7,1
	4	4,8
		0,0
	2	2,4
	1	1,2
	2	2,4
		0,0
	3	3,6
		0,0
	2	2,4
		0,0
		0,0
	1	1,2
		0,0
	2	2,4
	84	100 %

Distribution selon la destination du patient

Type de destination	2016-2017	%	2015-2016	%	2014-2015	%
Centre hospitalier de courte durée	6	5,5	5	6,2	1	1,0
Clinique externe	9	8,2		0,0		0,0
Domicile avec services	93	84,5	63	77,8	92	87,6
Domicile sans service	2	1,8	12	14,8	12	11,4
Ressources non institutionnelles ³⁶		0,0	1	1,2		0,0
Total	110	100 %	81	100 %	105	100 %

Centre hospitalier de courte durée	2016-2017	%	2015-2016	%	2014-2015	%
CH RÉGIONAL DU SUROÎT		0,0	1	20,0		0,0
CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE – HÔTEL-DIEU		0,0	1	20,0		0,0
HÔPITAL DE CHICOUTIMI	1	16,7		0,0		0,0
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	3	50,0		0,0		0,0
HÔPITAL ET CENTRE DE RÉADAPTATION DE JONQUIÈRE	1	16,7		0,0		0,0
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	1	16,7		0,0		0,0
HÔPITAL NOTRE-DAME DU CHUM		0,0		0,0		0,0
HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA		0,0	1	20,0		0,0
HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY		0,0	1	20,0		0,0
HÔTEL-DIEU DU CHUM		0,0		0,0	1	100,0
OTTAWA GENERAL		0,0	1	20,0		0,0
Total	6	100 %	5	100 %	1	100 %

³⁶ Il s'agit d'une ressource de répit, en attendant une nouvelle chirurgie.

Nombre d'hospitalisations et de patients différents	Périodes													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Nombre d'hospitalisations 2016-2017	7	9	11	8	11	17	3	11	7	10	5	8	3	110
Nombre d'hospitalisations 2015-2016	7	8	9	6	4	9	8	9	4	6	2	5	4	81
Année précédente 2014-2015	4	6	15	13	10	6	10	11	8	3	5	12	2	105
Nombre de personnes différentes	7	9	11	8	11	17	3	11	7	10	5	8	3	110

Distribution selon les jours d'hospitalisation	Périodes													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Nombre total de jours d'hospitalisation dans le service 2015-2016	62	37	65	54	13	79	48	93	30	37	12	43	24	597
Nombre total de jours d'hospitalisation dans le service 2016-2017	29	88	85	42	52	89	21	79	129	61	29	80	20	804
Année précédente 2014-2015	67	36	97	101	43	38	111	68	61	14	32	81	18	767
Durée moyenne de séjour dans le service 2016-2017	4,1	9,8	7,7	5,2	4,7	5	7	7,2	18	6,1	5,8	10	6,7	7,3
Durée moyenne de séjour dans le service 2015-2016	8,9	4,6	7,2	9,0	3,2	8,8	6,0	10,3	7,5	6,2	6,0	8,6	6,0	7,4
Année précédente 2014-2015	16,8	6,0	6,5	7,8	4,3	6,3	11,1	6,2	7,6	4,7	6,4	6,8	9,0	7,3

Ces statistiques incluent les traumatismes non exclus seulement (donc, ceux correspondant aux critères ministériels d'inclusion au SIRTQ, selon la sous-section 2.1.1 du cadre normatif du Système d'information du registre des traumatismes du Québec – SIRTQ).

ANNEXE B Rappel des recommandations d'ordre clinique pour l'implantation de services de réadaptation VARMU de l'INESSS³⁷

Recommandation n° 3 : Rendre disponibles des services spécialisés de réadaptation en ergothérapie, en physiothérapie, en psychologie et en services sociaux dans chaque programme-service en déficience physique des CISSS québécois.

Recommandation n° 4 : Faciliter l'implication de techniciens en orthèse-prothèse, lorsque requis, notamment en permettant une proximité physique des équipes d'aides techniques et des équipes de réadaptation.

Recommandation n° 5 : Prévoir une intensité de services importante pour les six premiers mois (notamment deux ou trois fois par semaine en ergothérapie et en physiothérapie, si nécessaire).

Recommandation n° 6 : Déterminer des mécanismes de collaboration entre les équipes de soins infirmiers (du programme-service en déficience physique, lorsque disponible, ou des CLSC du CISSS).

Recommandation n° 7 : Adapter l'offre de service selon les besoins de l'utilisateur et de sa famille.

Recommandation n° 8 : Établir des ententes de collaboration entre les deux instituts universitaires de réadaptation en déficience physique pour que leurs équipes de physiatres puissent évaluer respectivement la clientèle de l'est et celle de l'ouest du Québec lorsque les besoins de l'utilisateur l'exigent et que les services de physiatrie ne sont pas disponibles dans la région.

Recommandation n° 9 : Favoriser l'implication, lorsque possible, d'un patient-ressource, au cours du processus de réadaptation et dans les processus d'amélioration continue des équipes.

Recommandation n° 10 : Offrir une formation initiale aux intervenants impliqués dans le continuum de services en réadaptation postimplantation, laquelle formation serait sous la responsabilité du CEVARMU.

Recommandation n° 13 : Déployer une technologie de télésanté sécurisée pour faciliter la tenue de vidéoconférence entre les professionnels du CEVARMU et ceux des CRDP des CISSS pour le suivi interdisciplinaire, la téléassistance en contexte clinique et la téléadaptation des clients à même leur milieu de vie.

Recommandation n° 14 : Confier au Centre de coordination de télésanté du CHUM le déploiement d'une technologie mieux adaptée aux besoins des CRDP des CISSS et du CEVARMU.

³⁷ Extrait des recommandations du rapport de projet de l'INESSS (2016). Les autres recommandations ne sont pas d'ordre clinique ou ne concernent pas la réadaptation.

Recommandation n° 15 : Consolider et systématiser les suivis interdisciplinaires CEVARMU-CRDP des CISSS aux périodes charnières du processus de réadaptation du client, soit à six semaines, à six mois ainsi qu'à la fin de la période de réadaptation.

Recommandation n° 16 : Favoriser un suivi près du milieu de vie du client par l'utilisation d'une technologie plus agile que le téléphone ou le système de télésanté actuel.

Recommandation n° 17 : Inclure les médecins (plasticiens et autres spécialistes ou généralistes au besoin) et les patients-ressources autant que possible dans les échanges lors des suivis formels.

ANNEXE C Séquence proposée pour le déploiement des formations pratiques

Jaune : Préparation au déploiement

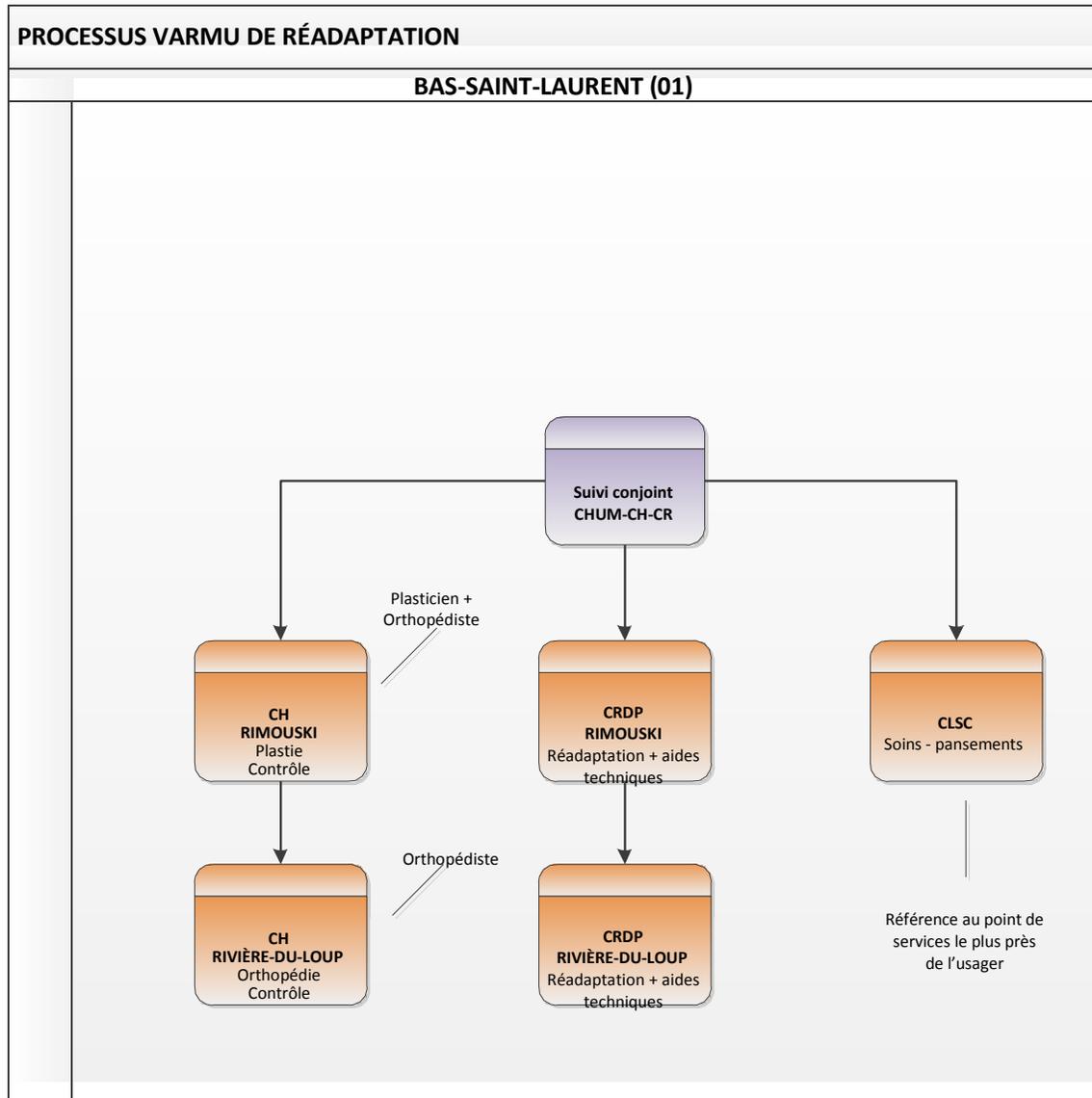
Orange : Formation en présence

Vert : Déploiement formel

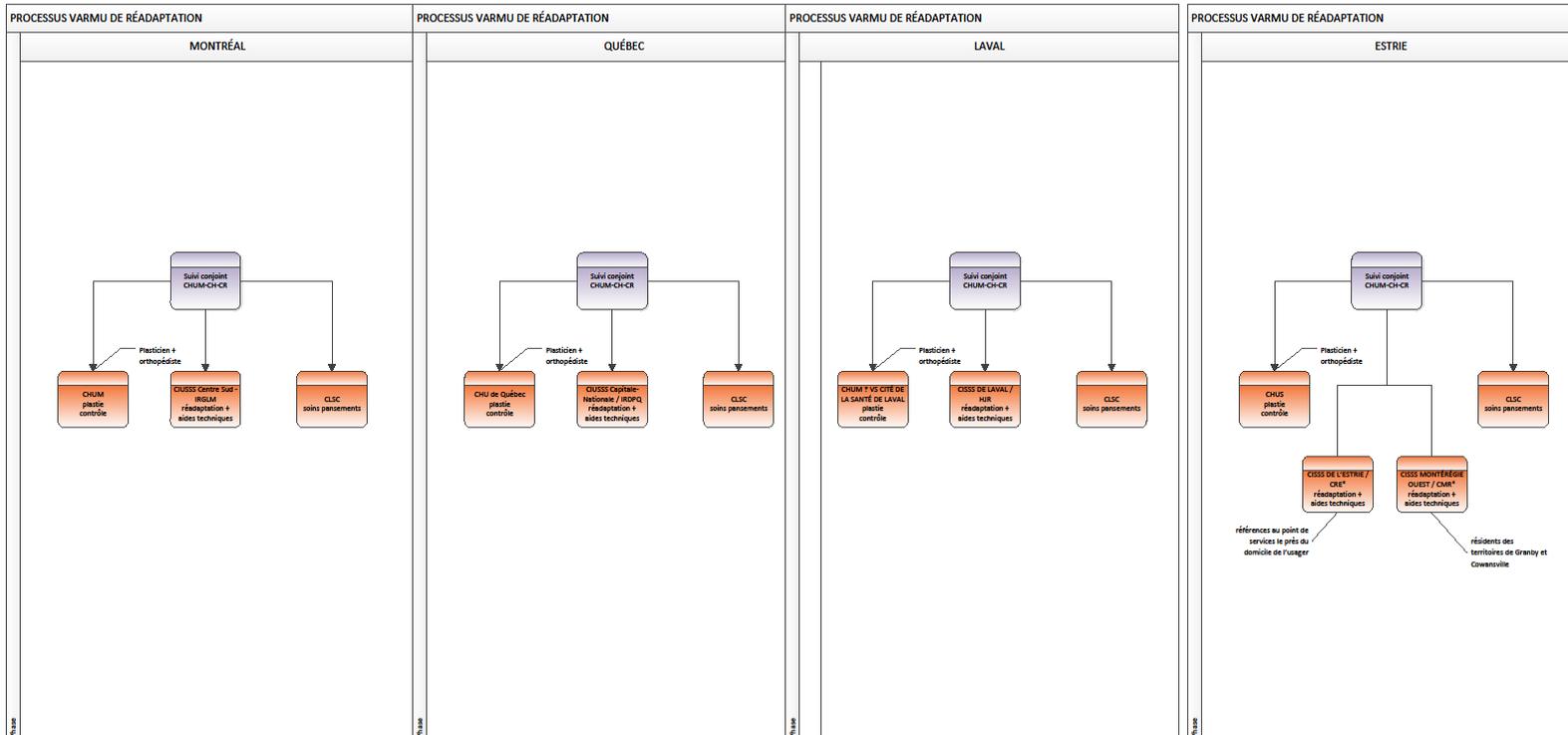
Région	Hiver 2018	Printemps 2018	Été 2018	Automne 2018
Chaudière-Appalaches	formation			
Capitale-Nationale*	formation			
Laurentides	formation			
Montréal*	formation			
Bas-Saint-Laurent	formation			
Abitibi-Témiscamingue		formation		
Lanaudière*		formation		
Laval		formation		
Outaouais		formation		
Côte-Nord			formation	
Gaspésie			formation	
Saguenay–Lac-Saint-Jean			formation	
Nord-du-Québec			formation	
Mauricie–Centre-du-Québec				formation
Estrie				formation
Montérégie				formation

À cette étape, la plupart des régions ont reçu des formations personnalisées avec le CEVARMU, lorsque requis.

ANNEXE D Exemples de modèles de trajectoires régionales³⁸



³⁸ Les modèles régionaux seront convenus avec chacune des régions, le MSSS et le CEVARMU au moment de planifier le déploiement.



ANNEXE E Illustration de la procédure de transfert des victimes d'amputation traumatique au CHUM



CENTRE PROVINCIAL D'EXPERTISE POUR LES PERSONNES VICTIMES D'UNE AMPUTATION TRAUMATIQUE OU NÉCESSITANT UNE REVASCULARISATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE
Procédure de transfert des victimes d'une amputation ou dévascularisation traumatique



CHIRURGIEN DE GARDE 24 h/7 jours
Pour Montréal : 514 890-8266 Pour l'extérieur : 1 888 688-8882



Tout patient de 14 ans et plus ayant subi une amputation complète ou incomplète avec dévascularisation :

- d'un pouce
- d'un seul doigt
- de plusieurs doigts
- de la main
- du poignet ou de l'avant-bras
- du coude ou proximal au coude
- de toute partie réimplantable (oreilles, nez, etc.)

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES DE TRANSFERT

- Patient polytraumatisé
- Patient instable

PROCÉDURES DE STABILISATION

- Contrôle de l'hémorragie
- Immobilisation appropriée du patient ou de ses membres
- Mise en place d'un accès veineux
- Administration des médicaments nécessaires
- Stabilisation du patient et préparation du membre amputé pour le transfert

TRANSFERT

L'urgentologue du centre d'origine informe le chirurgien de garde de l'heure du départ du patient.

Le membre amputé doit être mis dans une compresse de sérum physiologique à l'intérieur d'un sac de plastique hermétique et le tout placé dans un mélange d'eau et de glace.

DOCUMENTATION À TRANSFÉRER

- Feuille de prise en charge de trauma (AH-450)
- Formulaire de prise en charge du traumatisé – soins infirmiers
- Notes d'observation du centre d'origine et pendant le transfert
- Documentation préhospitalière (RIP AS-803 et AS-810) pour toutes les régions du Québec, à l'exception de Montréal et Laval (RIP AS-802 et AS-811) concernant :
 - la prise en charge à partir du lieu de l'accident
 - le(s) transfert(s) interétablissements
- Notes d'évolution
- Consultations (médicales et autres professionnels)
- Résultats de laboratoire
- Radiographies du membre amputé et de sa racine en place
- Tout document jugé pertinent

Une image devrait être envoyée à l'adresse suivante : reimplantation.chum@ssss.gouv.qc.ca

Septembre 2013



ANNEXE F Formulaire de consentement PATIENT-RESSOURCE

ACCOMPAGNEMENT PAR UN PATIENT-RESSOURCE FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'AUTORISATION

Vous avez manifesté de l'intérêt à vous faire accompagner et soutenir par un patient-ressource à certains moments de votre cheminement clinique. Le présent document vous renseigne sur le rôle et les différentes modalités d'accompagnement du patient-ressource.

Pour participer à cette initiative, vous devez signer ce formulaire d'information et d'autorisation. Une copie signée et datée vous sera remise. L'original sera conservé dans votre dossier médical.

Qu'est-ce qu'un patient-ressource?

Un patient-ressource est un patient qui a vécu un ou plusieurs parcours de soins similaires au vôtre et qui désire maintenant aider d'autres personnes à traverser, eux aussi, leur parcours de soins.

Comment le patient-ressource peut-il vous aider?

Le patient-ressource est là pour vous accompagner et vous soutenir dans votre cheminement. Il est considéré comme un membre à part entière de votre équipe de soins.

Grâce à son expérience, il peut, par exemple, vous aider :

- à trouver des stratégies qui vous permettront de mieux faire face aux défis que vous rencontrez au quotidien;
- à faire en sorte que l'équipe de soins soit davantage à l'écoute de vos besoins;
- à mieux comprendre les plans de traitement proposés.

Le patient-ressource joue un rôle complémentaire à celui des professionnels du CEVARMU. En tout temps, votre équipe de professionnels reste responsable de vos soins médicaux. En cas d'urgence, veuillez communiquer avec un professionnel de la santé.

Quand et comment pouvez-vous le rencontrer?

Selon vos besoins, vous pouvez demander de rencontrer un patient-ressource au moment de votre hospitalisation ou à l'occasion d'un rendez-vous médical, en faisant la demande directement à votre équipe de soins. Les modalités de rencontre seront établies par la suite entre vous et votre équipe de soins, en fonction de vos disponibilités et de celles de votre patient-ressource. Les échanges avec le patient-ressource pourront se faire, entre autres, en personne, par téléphone ou par vidéoconférence³⁹, et ce, selon vos préférences et vos disponibilités.

³⁹ Si l'utilisateur souhaite que la technologie de visioconférence soit utilisée pour les contacts avec le patient-ressource, se référer à la section « Évaluation des prérequis technologiques » du formulaire.

Précisions sur l'accompagnement d'un patient-ressource

- Il est entendu que votre participation à cette initiative est volontaire. Vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à l'accompagnement offert par le patient-ressource ou de refuser un mode de communication sans avoir à motiver votre décision et sans subir de conséquence de quelque nature que ce soit.
- Chaque patient-ressource s'engage à garder le caractère confidentiel des renseignements qui lui sont communiqués dans le cadre de ses activités. À titre de partenaire de votre équipe de soins, le patient-ressource pourra toutefois partager avec les membres de cette équipe les propos que vous aurez échangés avec lui, s'il juge les renseignements pertinents à l'évolution de votre parcours de soins.
- En aucun cas le patient-ressource n'aura accès à votre dossier médical. Toutefois, l'équipe de soins pourra lui transmettre certains renseignements cliniques à votre sujet. Les observations du patient-ressource pourront aussi, au besoin, être inscrites à votre dossier par un professionnel de la santé membre de votre équipe de soins.
- Le patient-ressource, bien que partenaire de votre équipe de soins, n'est pas un employé du CEVARMU ni du CHUM. L'implication du patient-ressource se fait sur une base volontaire. Il ne reçoit donc aucune forme de rémunération. Pour des fins d'assurance qualité, certaines informations sur vos rencontres avec le patient-ressource pourraient être analysées. Les données recueillies seront anonymes et ne permettront pas de vous identifier.
- La participation de patients-ressources auprès de personnes comme vous est en cours d'évaluation. Il est donc possible qu'on vous invite à remplir de courts questionnaires ou à passer des entrevues d'appréciation. Cela nous permettra d'évaluer et d'améliorer l'apport des patients-ressources auprès de personnes qui, comme vous, amorcent un nouveau parcours de soins. Vous êtes libre de participer ou non à cette évaluation.

Références

Bibliographie

Brenda M. Coppard, PhD, OTR/L, et Helene Lohman, MA, OTD, OTR, *Introduction to Splinting: A Clinical-Reasoning & Problem-Solving Approach*, publié par Mosby, 2001.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Service d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) : expérimentation de REACTS^{MD} comme outil de téléassistance en neurochirurgie*, septembre 2015.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Rapport d'évaluation : visite d'évaluation du programme de réimplantation et de revascularisation microchirurgicale d'urgence*, 3 décembre 2010.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Rapport d'évaluation : visite d'évaluation du programme de réimplantation et de revascularisation microchirurgicale d'urgence*, 12 juin 2015.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Rapport d'évaluation : visite d'évaluation du programme de réimplantation et de revascularisation microchirurgicale d'urgence*, 10 septembre 2015.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS) et CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTRÉAL, *Rapport d'implantation. Projet pilote : mise en place d'un continuum de services de réadaptation post-réimplantation de la main*, 29 janvier 2016.

MSSS, *Cadre de référence : gouvernance, gestion de projets et de services utilisant la télésanté au Québec*, 2016.

MSSS, *Politique de transport* (circulaire 2009-005).

MSSS, *Politique de transport-hébergement*, M-89.

MSSS, *Programme transport-hébergement*, MSSS, 2017 (en rédaction).

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, DIRECTION DES BUREAUX RÉGIONAUX, *Programmation relative à l'octroi d'aide matérielle accordé aux personnes handicapées*, 1989-1990.

Sites Internet :

www.cevarmuchum.ca

www.chumontreal.qc.ca/sits/default/files//documents/Patient/cevarmu/cevarmu_fiche_rpr_r_membresuperieur.pdf

www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/centre-d-expertise-en-reimplantation-du-chum/je-suis-un-professionnel=de-la-sante/lignes-directrices

Extranet du MSSS en télésanté : <http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Accueil.aspx>

Les sites Internet des CCT :

- Centre de coordination de la télésanté, CHUM (CCT-CHUM) : <http://telesantechum.ca/>
- Centre de coordination de la télésanté, CUSM (CCT-CUSM) : <http://telesantemcgill.ca/>
- Centre de coordination de la télésanté, CHU de Québec – Université Laval (CCT-CHU de Québec – Université Laval) : <https://www.telesantechudequebec.ca/>
- Centre de coordination de la télésanté, CIUSS de l'Estrie – CHUS (CCT-CIUSSS de l'Estrie – CHUS) : <http://www.chus.qc.ca/professionnels/telesante/>

Autres références :

Ordre des ergothérapeutes du Québec :

- *Prodiguer des traitements reliés aux plaies*, Ordre des ergothérapeutes du Québec, décembre 2007, p. 6.
- *Administrer des médicaments*, Ordre des ergothérapeutes du Québec, juin 2010, p. 2.

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec : communication personnelle.