

PLAN RÉGIONAL D'IMPLANTATION DU  
CONTINUUM DE SERVICES AUX  
VICTIMES DE TRAUMATISME  
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER (TCCL)

Julie Savage-Fournier  
Philippe Luc Rodrigue

Juin 2012

Adopté par le Comité régional de traumatologie  
Le 12 septembre 2012

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

**Québec** 

## Crédits et remerciements

Nous tenons à remercier les membres du Comité régional de traumatologie pour la réalisation du Plan régional d'implantation du continuum de services aux victimes de traumatisme craniocérébral léger (TCCL), et plus particulièrement les personnes suivantes :

### Auteurs

Julie Savage-Fournier, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS de la Montérégie  
Philippe Luc Rodrigue, consultant

Sous la responsabilité de Jean-Marc Breton, coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence et sécurité civile mission santé à la Direction de l'organisation des services et des opérations réseau (DOSOR), ASSS de la Montérégie

En collaboration avec :

### Groupe de travail sur les TCCL

Madame Lucie Pinal, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, Hôpital Charles LeMoyne  
Docteure Laurie Lafontaine, CSSS Pierre-Boucher, Hôpital Pierre-Boucher  
Madame Lyne Archambault, Centre montérégien de réadaptation

### Autres collaborateurs

Madame Sylvie Desjardins, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, Hôpital Charles LeMoyne  
Madame Maryse Vinet, Association des traumatisés craniocérébraux de la Montérégie  
Docteure Marie-Ève Demers, CSSS Richelieu-Yamaska, Hôpital Honoré-Mercier  
Docteure Karyne Amyot, CSSS Jardins-Rousillon, Hôpital Anna-Laberge  
Me Michel Valotaire, ASSS de la Montérégie

### Secrétariat et mise en page

Claudette Girard

## Table des matières

Table des matières	i
Index des illustrations	ii
Index des tableaux	ii
Liste des abréviations	iii
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2. DONNÉES SCIENTIFIQUES PROBANTES</b>	<b>2</b>
2.1 Diagnostic	2
2.2 Catégorie de gravité du traumatisme craniocérébral	3
<b>3. ÉTAT DE SITUATION RÉGIONALE</b>	<b>4</b>
3.1 Démographie	4
3.2 Le système de santé et de services sociaux montréalais	4
3.3 Le réseau de traumatologie	5
3.4 Le repérage, le dépistage et le suivi de la clientèle TCCL	6
3.5 Épidémiologie	8
3.6 Données historiques sur la clientèle montréalaise ayant subi un TCCL	9
3.7 Conclusion de l'état de situation	11
<b>4. ZONES D'AMÉLIORATION DU MSSS ET OBJECTIFS RÉGIONAUX</b>	<b>12</b>
4.1 Repérage et diagnostic	12
4.2 Évaluation et gestion du risque de complications médicales graves	13
4.3 Pronostic, risque de complications fonctionnelles et interventions préventives précoces	13
4.4 Orientation des personnes victimes d'un TCCL vers les services requis en fonction de leurs besoins	13
<b>5. TRAJECTOIRE DE SERVICE POUR LA MONTRÉGIE</b>	<b>14</b>
5.1 Pour la clientèle en provenance des urgences du territoire de la Montérégie	14
5.2 Pour la clientèle en provenance des GMF, UMF, CLSC et cliniques	14
<b>6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS</b>	<b>17</b>
6.1 Les services de première ligne	17
6.2 Les centres désignés	18
6.3 Le centre de référence régional	18
6.4 Les CSSS et les autres ressources spécialisées	18
6.5 Le Centre montréalais de réadaptation	19
6.6 Le Comité régional de traumatologie (CRT)	19
6.7 L'Agence de la Montérégie	19
<b>7. PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE</b>	<b>20</b>
7.1 Évaluation	20
7.2 Formation	20
7.3 Suivi	21
<b>8. PLAN D'IMPLANTATION</b>	<b>22</b>
8.1 Repérage et diagnostic	22
8.2 Évaluation et gestion des complications médicales graves	24
8.3 Pronostic, risque de complications fonctionnelles et interventions préventives précoces	25
8.4 Orientation des personnes victimes d'un TCCL vers les services requis en fonction de leurs besoins	27
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>28</b>

## Index des illustrations

Figure 1 :	Carte des RLS de la Montérégie	4
Figure 2 :	Trajectoire de services préconisée – Étape 1 : Mortalité et complications médicales	15
Figure 3 :	Trajectoire de services préconisée – Étape 2 : Complications fonctionnelles	16

## Index des tableaux

Tableau 1 :	Nouvelle catégorisation diagnostique	3
Tableau 2 :	Nombre de GMF, CR et UMF par RLS	5
Tableau 3 :	Estimation du nombre de TCCL par RLS selon les taux de fréquences déterminés par le Task Force	9
Tableau 4 :	Nombre réel de dossiers TCCL selon les données fournies par les centres receveurs	10

## Liste des abréviations

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes et des modes d'intervention en santé
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSS Montérégie	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
ATCCM	Association des traumatisés craniocérébraux de la Montérégie
CMR	Centre montréalais de réadaptation
CR	Clinique réseau
CRT	Comité régional de traumatologie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine familiale
HCLM	Hôpital Charles LeMoine
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RLS	Réseau local de services
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
UMF	Unité de médecine familiale

## Définitions

### Échelle de coma de Glasgow<sup>1</sup>

Méthode qui permet d'apprécier la profondeur d'un coma par l'étude de la variabilité de 3 critères cliniques très précis qui sont :

- l'ouverture des yeux;
- les capacités de mobilité (faculté de se mouvoir), ou si l'on préfère la meilleure réponse motrice;
- la réponse aux questions posées (réponses verbales).

Le score du coma est la somme des résultats obtenus aux 3 critères cliniques cités ci-dessus. Le minimum du score est de 3 et le maximum est de 15.

L'évaluation systématique du patient inconscient a permis l'établissement d'une échelle comprenant des degrés dans le coma. Cette échelle numérique permet de suivre l'évolution par comparaison aux résultats obtenus précédemment. D'autre part, l'échelle de Glasgow fournit des informations sur le pronostic, particulièrement quand il s'agit d'un coma traumatique.

### Repérage<sup>2</sup>

Identification par le secteur médical ou préhospitalier des personnes pouvant présenter un TCCL en utilisant les signes et symptômes de l'utilisateur.

### Diagnostic

Identification, à partir des algorithmes ministériels, des facteurs de complication afin de bien orienter la personne vers les ressources appropriées selon les critères de transfert identifiés au préalable régionalement.

### Pronostic<sup>3</sup>

Évaluation de l'ampleur potentielle des séquelles et des complications fonctionnelles chez les personnes qui présentent un TCCL.

### Intervention préventive

Une ou deux relances ou entrevues téléphoniques ou sinon des entrevues dirigées en face-à-face pour les personnes à risque de complications qui compromettent la reprise des activités antérieures.

### Orientation

Choix du type de services et de partenaires requis lorsque la récupération de l'utilisateur le nécessite (Centre de réadaptation (CR), autre programme service, etc.).

### Dépistage

L'ensemble des activités liées au pronostic, à l'intervention préventive et à l'orientation cités ci-dessus.

---

<sup>1</sup> Vulgaris-medical.com.

<sup>2</sup> Projet d'organisation des services à l'intention des Montréalais ayant subi un traumatisme craniocérébral léger, février 2011, p. 8.

<sup>3</sup> Idem.

## 1. Introduction

Au début des années 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) constate des lacunes importantes au niveau des services offerts aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) touchant l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'équité des services offerts. Il dépose donc, en 2005, le document « Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) 2005-2010 » qui propose des balises cliniques et organisationnelles afin d'optimiser l'offre de service à cette clientèle spécifique. Cette publication vise à clarifier les besoins de la clientèle et à baliser l'organisation des services qui doit être mise en place dans chacune des régions du Québec en vue d'une amélioration de l'efficacité et d'une utilisation efficiente des ressources.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (l'Agence) a été mandatée pour déposer un plan régional d'implantation du continuum de services pour les personnes victimes d'un TCCL. En juillet 2009, une stratégie d'élaboration pour la rédaction de ce plan a été acheminée à l'AETMIS (aujourd'hui intégrée à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux — INESSS —). Pour diverses raisons majeures, l'Agence a dû suspendre les rencontres de travail ayant pour objet la rédaction du plan régional pour les TCCL. Parallèlement à cette situation exceptionnelle, l'Agence désirait s'octroyer un moment de réflexion sur l'organisation des services pour faire suite au changement de désignation de l'Hôpital Charles LeMoine (HCLM).

Dans le cadre de la réalisation du plan régional d'implantation du continuum de services aux victimes de TCCL, l'HCLM jouera d'abord un rôle de soutien auprès des établissements de la Montérégie, et considérant l'expérience clinique développée auprès de cette clientèle depuis plusieurs années, ce dernier sera mandaté pour offrir tous les services d'évaluation et d'intervention à la clientèle TCCL de la Montérégie qui lui sera référée.

C'est dans ce contexte que la Montérégie s'est dotée d'une structure de services qui permettra aux personnes victimes de TCCL d'avoir accès aux services requis par leur condition, sans délai, afin de diminuer leur risque de mortalité et de morbidité. Il importe de souligner que la majorité des personnes atteintes présente un pronostic favorable et récupère bien, soit de façon spontanée ou sur une courte période dépassant rarement 3 mois; il en est ainsi particulièrement chez les enfants. Malgré ce fait, un nombre restreint d'individus rapporte des symptômes persistants au-delà de 3 mois.

Le processus d'intervention préconisé vise à faciliter la gestion du risque de complications médicales graves à la suite d'un TCCL et ainsi éviter les rares cas de décès. Il vise aussi à déceler et orienter rapidement les individus qui demeurent aux prises avec des symptômes conduisant à une incapacité persistante prévenant ainsi le risque de morbidité associée à cette condition.

## 2. Données scientifiques probantes

Les travaux du MSSS pour le TCCL se sont appuyés sur les résultats d'un rapport d'un groupe de travail<sup>4</sup> international parrainé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le Task Force a analysé 20 ans de littérature scientifique : 313 publications ont été conservées pour dégager les recommandations. Plusieurs zones d'incertitude persistaient concernant le TCCL en raison de failles majeures, tant sur le plan méthodologique que scientifique. Le Task Force recommandait que ses conclusions soient révisées dans un délai de 5 ans. Une revue de littérature a été réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal<sup>5</sup> en 2010 afin de s'assurer que les recommandations faites par le Task Force soient en conformité avec les pratiques actuelles :

*« Il en ressort que les standards de pratique et les lignes directrices pour le TCCL, dégagés par ce groupe international, s'avèrent dans l'ensemble toujours conformes aux résultats présentés dans les plus récentes publications. Certains éléments ont été renforcés, alors que d'autres ont été nuancés, sans toutefois changer les orientations mises de l'avant par le Task Force et le MSSS. »<sup>6</sup>*

Le TCCL est une pathologie très fréquente, habituellement sans complications médicales aiguës ni conséquences fonctionnelles durables. Ce type d'atteinte a suscité de nombreuses controverses au cours des dix dernières années au regard de sa définition, des symptômes aigus et persistants consécutifs et des services thérapeutiques nécessaires. Les travaux du Task Force ont permis de délimiter plus clairement cette catégorie diagnostique, ses conséquences fonctionnelles et les besoins de services des personnes atteintes.<sup>7</sup>

### 2.1 Diagnostic<sup>8</sup>

**La définition du TCCL selon le Task Force de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est la suivante :**

« Le traumatisme craniocérébral léger est une atteinte cérébrale aiguë résultant d'un transfert d'énergie d'une source externe vers le crâne et les structures sous-jacentes. »

Opérationnellement, il se traduit par :

**1. L'objectivation d'au moins un des éléments suivants :**

- une altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation);
- une perte de conscience de moins de 30 minutes;
- une amnésie post-traumatique de moins de 24 heures; ou
- tout autre signe neurologique transitoire comme un signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale.

---

<sup>4</sup> Task Force on Mild Traumatic Brain Injury (Cassidy et coll.), Journal of Rehabilitation Medicine, no 43, février 2004, p. 144.

<sup>5</sup> Projet d'organisation des services à l'intention des Montréalais ayant subi un traumatisme craniocérébral léger, février 2011, annexe 1.

<sup>6</sup> Idem p. 15.

<sup>7</sup> Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, 2005. P. 34.

<sup>8</sup> Toute cette section a été tirée du rapport du Task Force, chap. 12, p. 115.



## 2. Un résultat variant de 13 à 15 sur l'échelle de coma de Glasgow 30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence.

Ces manifestations d'un TCCL ne doivent pas être dues à une intoxication à l'alcool, aux drogues illicites ou à la médication, ni être causées par d'autres blessures ou le traitement d'autres blessures (lésions systémiques, faciales, intubation), ni résulter d'autres problèmes (traumatisme psychologique, barrière linguistique ou autres pathologies coexistantes chez l'individu), ni être causées par un traumatisme craniocérébral de nature pénétrante.

## 2.2 Catégorie de gravité du traumatisme craniocérébral

Le tableau 1<sup>9</sup> qui suit présente la nouvelle catégorisation diagnostique.

**Tableau 1 : Nouvelle catégorisation diagnostique**

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

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

Parmi les combinaisons possibles des différents facteurs de risque, le Task Force distinguait en 2005 trois profils de risque de complications médicales graves associés au TCCL<sup>10</sup>. En novembre 2011, l'INESSS révisait les algorithmes et abolissait ces classifications touchant les facteurs de risque de TCCL. Ces nouveaux algorithmes pour les clientèles adulte et pédiatrique ont été intégrés au présent document à l'Annexe X.

<sup>9</sup> Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, 2005. p. 34.

<sup>10</sup> Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, 2005. p. 80.

Les catégories suivantes étaient identifiées :

- le **TCCL trivial** (trivial injury or low risk) : la personne présente un résultat de 15 à l'échelle de coma de Glasgow, sans perte de conscience ni amnésie au moment de l'examen à l'urgence;
- le **TCCL simple** (uncomplicated MTBI) : la personne présente un résultat à l'échelle de coma de Glasgow variant de 13 à 15, sans lésion intracrânienne ni fracture du crâne;
- le **TCCL complexe** (complicated MTBI) : la personne présente un résultat à l'échelle de Glasgow oscillant entre 13 et 15, aggravé par des lésions intracrâniennes non chirurgicales ou une fracture du crâne non enfoncée (ou simple).

### 3. État de situation régionale

#### 3.1 Démographie

En 2010, 18 % de la population québécoise, soit 1 459 389 personnes, habitait la Montérégie. La région compte 177 municipalités, 14 MRC et un territoire équivalent (agglomération de Longueuil) ainsi que deux territoires autochtones. Elle est la région la plus peuplée après celle de Montréal.

Entre 2001 et 2006, la croissance de la population a été d'un peu plus de 5 %. Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auxquels la région doit faire face. Au cours des vingt prochaines années, le rythme du vieillissement y sera plus accéléré qu'au Québec. Entre 2006 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus s'accroîtra de 97 % en Montérégie, comparativement à 83 % au Québec. Ainsi, en Montérégie, le nombre d'aînés va plus que doubler entre 2006 et 2031, passant de 175 000 à 419 000; dès 2014, la proportion des personnes de 65 ans et plus surpassera celle des jeunes de moins de 15 ans.

#### 3.2 Le système de santé et de services sociaux montérégien

Onze (11) territoires de réseaux locaux de services (RLS) sont définis en Montérégie et permettent à la population d'obtenir des soins de santé et de services sociaux. La figure 1 identifie ces territoires.

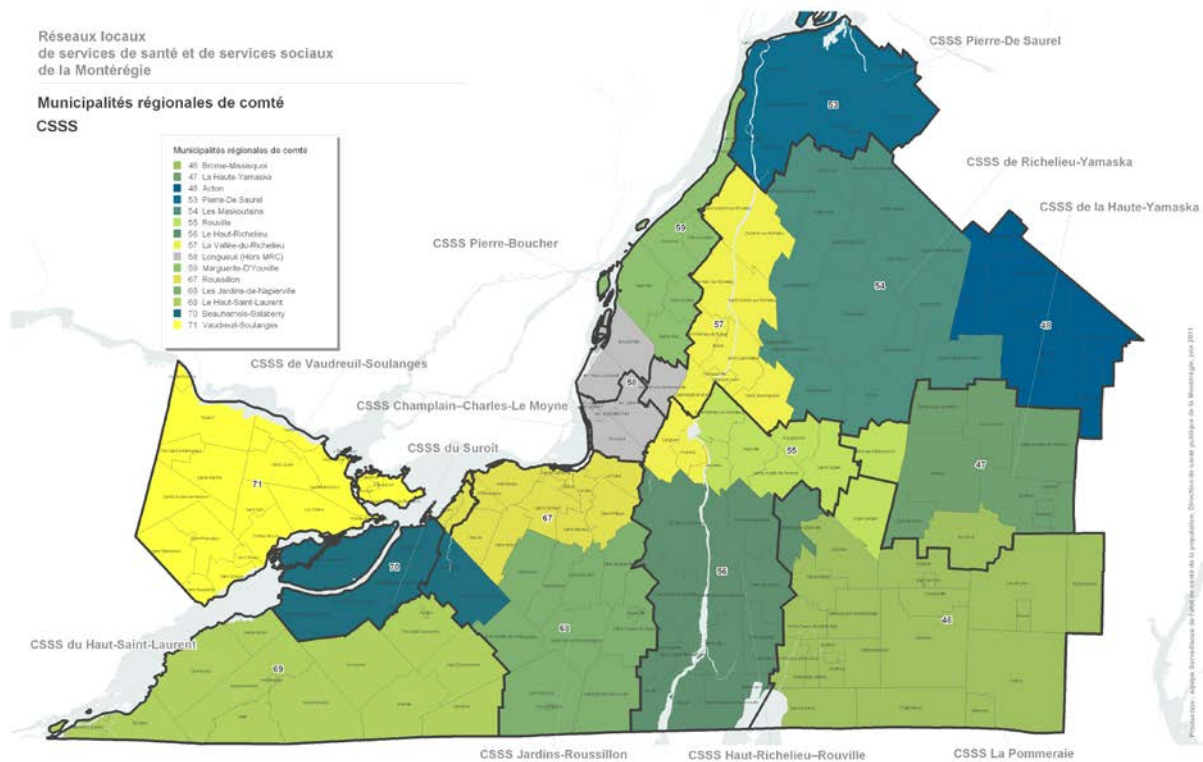


Figure 1 : Carte des RLS de la Montérégie

La médecine générale en Montérégie est représentée par 1 250 médecins omnipraticiens qui œuvrent en 1<sup>re</sup> ligne de soins.<sup>11</sup> Le tableau 2 identifie le nombre de groupes de médecine familiale (GMF), de cliniques réseau (CR) et d'unités de médecine familiale (UMF) par RLS.

**Tableau 2 : Nombre de GMF, CR et UMF par RLS**

Réseaux locaux de services	GMF (sites)	CR	UMF
RLS de Champlain	2 (2)	2	1
RLS de Jardins-Roussillon	0	1	1
RLS de la Haute-Yamaska	5 (7)		
RLS de Richelieu-Yamaska	4 (11)		1
RLS de Vaudreuil-Soulanges	5 (5)	1	
RLS du Haut-Richelieu—Rouville	6 (9)	1	
RLS du Haut-Saint-Laurent	1 (2)		
RLS du Suroît	2 (5)		
RLS La Pommeraie	4 (8)		
RLS Pierre-Boucher	3 (5)	1	1
RLS Pierre-De Saurel	1 (3)		
<b>Total</b>	<b>33 (57)</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

### 3.3 Le réseau de traumatologie

En Montérégie, huit (8) hôpitaux sur dix (10) ont été désignés « Centre de traumatologie primaire ou secondaire ». Ces centres font l'objet d'évaluations régulières du groupe-conseil en traumatologie de l'INESSS. L'Agence assure le suivi des recommandations émises par le groupe-conseil.

Les centres secondaires sont :

- ▶ CSSS Champlain—Charles-Le Moyne (Hôpital Charles LeMoyne)
- ▶ CSSS de la Haute-Yamaska (Hôpital de Granby)
- ▶ CSSS du Haut-Richelieu—Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)
- ▶ CSSS Jardins-Roussillon (Hôpital Anna-Laberge)
- ▶ CSSS La Pommeraie (Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins)
- ▶ CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)

Les centres primaires sont :

- ▶ CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît)
- ▶ CSSS Pierre-De Saurel (Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel)

#### 3.3.1 Continuum de services pour les personnes victimes de TCC modéré ou grave

Suite au changement de désignation de l'HCLM à l'été 2009, le territoire de la Montérégie a remanié son offre de service en neurotraumatologie pour la clientèle adulte ayant subi un TCC modéré ou grave par :

<sup>11</sup> Site extranet de la DRMG: <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/affaires-medicales>

- ▶ une entente formalisant le consortium (HCLM, CMR et ATCCM) pour desservir les usagers du territoire de Longueuil (CSSS Pierre-Boucher et Champlain—Charles-LeMoine);
- ▶ une entente entre le consortium régional de la Montérégie (CMR et ATCCM) et de l'Estrie (CHUS) pour les territoires du sud de la Montérégie (CSSS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie);
- ▶ une entente entre le consortium régional de la Montérégie (CMR et ATCCM) et le consortium interrégional de l'Ouest du Québec (CUSM — Hôpital général de Montréal et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal) pour les autres territoires de la Montérégie (CSSS Richelieu-Yamaska, Pierre-De Saurel, du Haut-Richelieu—Rouville, du Haut-Saint-Laurent, Jardins-Roussillon, de Vaudreuil-Soulanges et du Suroît).

La clientèle pédiatrique de la Montérégie ayant subi un TCC modéré ou grave est desservie par le consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec. Toute la clientèle est dirigée vers un des deux centres tertiaires (CUSM — Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine), en fonction de critères spécifiques à cette clientèle. Le CMR fait partie de ce consortium interrégional de services pour assurer les services d'adaptation/réadaptation en externe, ainsi que ceux d'intégration sociale en collaboration avec le Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME) de l'Hôpital Sainte-Justine qui, pour sa part, assure les services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne. Selon les besoins, des références auprès de l'ATCCM peuvent être faites. Le mandat de l'association est d'offrir des services à une clientèle de 16 ans et plus; elle offre aussi du soutien aux familles, et ce, peu importe l'âge de l'utilisateur.

L'Agence et le CMR assurent le suivi des ententes signées avec les régions de l'Estrie et de l'Ouest du Québec.

### **3.3.2 Autres ententes de services en traumatologie**

D'autres ententes sont en place pour des clientèles spécialisées : les personnes victimes de brûlures graves, les blessés médullaires et les personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence. Ces ententes sont décrites dans le plan directeur régional en traumatologie de la Montérégie.

## **3.4 Le repérage, le dépistage et le suivi de la clientèle TCCL**

Une démarche auprès des établissements de la région nous a permis de préciser les pratiques existantes pour repérer, dépister et assurer le suivi de la clientèle TCCL. Les directeurs des services professionnels des onze (11) CSSS ont été sollicités en ce sens.

Jusqu'en décembre 2006, l'HCLM offrait les services de dépistage à l'ensemble de la clientèle montérégienne victime d'un TCCL. L'établissement avait une entente avec les hôpitaux de la région afin que ceux-ci repèrent la clientèle, posent le diagnostic de TCCL et évaluent le risque de complications médicales graves. Par la suite, les usagers étaient référés vers la clinique de dépistage de l'HCLM où l'équipe poursuivait le processus de dépistage en évaluant les facteurs de risque de complications fonctionnelles par le biais d'interventions en soins infirmiers et, au besoin, en psychologie pour déterminer l'orientation vers les ressources appropriées. Les dossiers étaient révisés et le diagnostic de TCCL validé par le médecin-conseil de l'HCLM chez un grand nombre de ces usagers référés. En décembre 2006, une décision médicale et administrative de l'établissement a limité l'accès aux usagers de la région de Longueuil (territoires des RLS de Champlain et Pierre-Boucher).

### **3.4.1 Le territoire de Longueuil (RLS de Champlain et Pierre-Boucher)<sup>12</sup>**

La clinique de dépistage de l'HCLM évalue toute la clientèle qui lui est référée pourvu que celle-ci habite sur le territoire de Longueuil.

Repérer la clientèle, évaluer le risque de mortalité ou de complications graves et poser le diagnostic sont des étapes qui doivent avoir été complétées par le médecin référent. L'information médicale pertinente doit être acheminée à la clinique pour être admissible au processus de dépistage et de suivi.

À l'Hôpital Charles LeMoine, le repérage de la clientèle est d'abord effectué par l'équipe de professionnels de l'urgence (pour la clientèle inscrite) ou par le médecin traitant (pour la clientèle admise). Toute la démarche de dépistage est ensuite assurée par l'équipe de professionnels de la clinique du TCCL.

L'évaluation du risque de mortalité/morbidité ou de complications médicales graves est prise en charge par les médecins de l'urgence de l'HCLM, selon l'algorithme décisionnel élaboré par l'INESSS en décembre 2011.

Lorsque requis, le diagnostic est validé par le médecin-conseil de cet établissement qui émet des recommandations, s'il y a lieu.

L'évaluation et le suivi de la clientèle sont assurés par une infirmière clinicienne qui procède selon une démarche systématisée, peu importe la nature du traumatisme ou la provenance de la référence.

Plusieurs types de service sont disponibles et offerts auprès de la clientèle ayant subi un TCCL, selon l'impact des blessures :

- ▶ un feuillet informatif remis à l'urgence, incluant les coordonnées du programme de traumatologie;
- ▶ des contacts téléphoniques d'évaluation, d'enseignement et de soutien par l'infirmière clinicienne;
- ▶ la révision du dossier médical et la validation du diagnostic par un médecin-conseil;
- ▶ des informations par écrit (dépliant);
- ▶ des interventions en psychologie ou en neuropsychologie (maximum 15 heures);
- ▶ une orientation vers les ressources appropriées, le cas échéant.

### **3.4.2 Les autres territoires de la Montérégie**

À l'heure actuelle, la démarche varie d'un RLS à l'autre. Cependant, les activités liées au repérage et au diagnostic du TCCL, de même que la gestion des complications médicales graves, sont assurées dans tous les hôpitaux.

---

<sup>12</sup> Tiré du document de la clinique de dépistage du TCC léger de l'HCLM – version du 22 août 2011.

Certains établissements ont développé un feuillet explicatif remis au congé des usagers repérés à l'urgence leur demandant de communiquer avec leur médecin de famille ou de revenir à l'urgence en présence de signes et de symptômes spécifiques. Ces établissements sont les RLS Pierre-De Saurel (Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel), de Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier) et La Pommeraie (Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins).

**Constat :** La démarche de repérage, de dépistage et de suivi des TCCL n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire. La problématique se situe principalement au niveau du dépistage des risques de complications fonctionnelles et des besoins d'interventions précoces.

### 3.4.3 Le Centre montérégien de réadaptation (CMR)

Le CMR assure la prise en charge de la clientèle TCCL présentant un pronostic de récupération défavorable et nécessitant des interventions multidisciplinaires et spécialisées de réadaptation. Le CMR assure aussi le dépistage de la clientèle TCCL non dépistée préalablement et initie des interventions précoces au besoin chez la clientèle dont les symptômes persistent au-delà de trois mois après l'accident.

Certaines problématiques sont identifiées par les intervenants du CMR chez plusieurs usagers victimes d'un TCCL présentant des besoins en lien avec des problématiques autres que le TCCL (ex. : santé mentale, vieillissement, dépendances). La collaboration et la coordination des services entre les diverses instances seraient souhaitables afin d'offrir le bon service au bon moment auprès de cette clientèle.

**Constat :** La collaboration et la coordination des services auprès de la clientèle TCCL ayant des problématiques particulières (santé mentale, vieillissement, dépendances, etc.) sont déficientes sur le plan régional.

**Constat :** Le CMR pallie les défaillances identifiées en amont en effectuant un dépistage auprès des personnes dont les symptômes perdurent au-delà de trois mois. Ces personnes auraient bénéficié d'un dépistage plus rapide et d'interventions précoces et ainsi prévenir les risques de chronicité.

## 3.5 Épidémiologie

Selon les données épidémiologiques du Task Force, le taux de fréquence calculé à partir de statistiques dans le milieu hospitalier varie de 100 à 300 cas par 100 000 habitants. Puisqu'il est connu qu'une large proportion des personnes blessées ne consulte pas de médecin à l'urgence, il est estimé, selon le Task Force, que le taux de fréquence réel se situerait plutôt à près de 600 cas par 100 000 habitants.<sup>13</sup> Les données estimées par territoire de RLS sont donc les suivantes :

---

<sup>13</sup> Task Force de l'OMS 2004.

**Tableau 3 : Estimation du nombre de TCCL par RLS selon les taux de fréquences déterminés par le Task Force**

Territoire	Population totale 2011	Estimation 100/100 000	Estimation 300/100 000	Estimation 600/100 000
RLS de Champlain	201 662	202	605	1 210
RLS de la Haute-Yamaska	95 662	96	287	574
RLS de Richelieu-Yamaska	207 582	208	623	1 245
RLS de Vaudreuil-Soulanges	140 288	140	421	842
RLS du Haut-Richelieu—Rouville	178 990	179	537	1 074
RLS du Haut-Saint-Laurent	24 999	25	75	150
RLS du Suroît	56 494	56	169	339
RLS Jardins-Rousillon	204 582	205	614	1 227
RLS La Pommeraie	51 223	51	154	307
RLS Pierre-Boucher	247 317	247	742	1 484
RLS Pierre-De Saurel	50 590	51	152	304
<b>Montérégie</b>	<b>1 459 389</b>	<b>1 459</b>	<b>4 378</b>	<b>8 756</b>

### 3.6 Données historiques sur la clientèle montréalaise ayant subi un TCCL

Dans le cadre de cette démarche, des indicateurs ont été utilisés à partir des sources suivantes :

- ▶ l'analyse d'une extraction de données du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) pour les années 2006 à 2009;
- ▶ le traitement de données fournies par les établissements des réseaux montréalais (HCLM et CMR), montréalais (consortium de l'Ouest en traumatologie pour les personnes ayant subi un TCC) et estrien (CHUS).

Nous nous sommes assurés que chacune des extractions de données compilées reflète les activités des mêmes années, soit de 2006 à 2009.

Considérant l'expérience de nos collègues des autres régions, nous n'avons pas poussé plus loin nos analyses avec d'autres systèmes d'information comme Med-Echo et la RAMQ. Ces démarches ont démontré peu de résultats probants dans la concordance des données et la difficulté d'identifier clairement le TCCL.

Par contre, nous pouvons clairement identifier la difficulté d'obtenir un portrait fiable de la situation compte tenu des limites inhérentes aux données du RTQ : données cliniques souvent non consignées (absence de mesure à l'échelle de Glasgow et de l'état de conscience de l'utilisateur, inscription des diagnostics principaux seulement — excluant les diagnostics secondaires —, compilation exclusive de la clientèle hospitalisée trois jours ou plus).

Ainsi, la plupart des personnes présentant un TCCL ne sont pas, pour la très grande majorité, hospitalisées en raison de cette blessure : elles échappent donc aux banques de données existantes. Comme les établissements ont peu ou pas de ressources et/ou de méthode commune pour comptabiliser le nombre d'usagers suivis en externe, il en résulte qu'il est tout aussi difficile d'obtenir un portrait fiable des personnes inscrites que celles admises.<sup>14</sup>

**Constat :** Impossibilité d'obtenir un portrait fiable de la clientèle TCCL compte tenu des limites inhérentes aux différentes bases de données et à la disponibilité des ressources.

### 3.6.1 Dépistage réel effectué

Une deuxième démarche auprès du CMR et l'HCLM nous a permis de préciser le nombre de dépistages effectués au cours des années de référence 2006 à 2009. La même démarche a été effectuée auprès des hôpitaux tertiaires de Montréal – le Centre universitaire de santé McGill pour les sites de l'Hôpital général de Montréal (CUSM-HGM) et de l'Hôpital de Montréal pour enfants (CUSM-HME), l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ) et auprès du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Les résultats regroupent à la fois les clientèles adulte et pédiatrique.

**Tableau 4 : Nombre réel de dossiers TCCL selon les données fournies par les centres receveurs**

	2006–2007	2007–2008	2008–2009
HCLM	1057	642	705
CMR	19	12	8
CUSM—HGM	71	98	104
HSCM	41	45	41
CHUS	15	30	56
CUSM—HME	87	87	92
CHU—SJ	43	37	35
<b>Total</b>	<b>1333</b>	<b>951</b>	<b>1041</b>

Nous avons déjà mentionné que pour une partie de l'année 2006-2007, l'HCLM assumait la démarche de suivi auprès de la clientèle TCCL pour l'ensemble du territoire de la Montérégie et qu'à partir de décembre 2006, une décision administrative limitait l'offre de service de dépistage du TCCL à la clientèle de la région de Longueuil (RLS de Champlain et Pierre-Boucher).

Les usagers dépistés par le CMR ont été référés tardivement, soit trois mois ou plus après leur accident.

<sup>14</sup> Pour l'analyse complète, voir :

Bouillé, Suzanne avec la collaboration de Christine Mills, Analyse des traumatismes pédiatriques (0-15 ans et 16-17 ans) de la Montérégie pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, selon le registre des traumatismes du Québec, juillet 2010, 24 pages.

Bouillé, Suzanne, Analyse des traumatismes adultes (16 ans et plus) de la Montérégie pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, selon le registre des traumatismes du Québec, novembre 2010, 22 pages.



**Constat :** Les données de dépistages réels réalisés par les établissements sont d'un ordre de grandeur comparable à l'évaluation de 100 cas par 100 000 du Task Force. Cependant, cette méthode de mesure n'est pas viable dans un processus d'évaluation continue du continuum de services.

**Constat :** Les données réelles de dépistages identifiés par les établissements sont différentes des données du RTQ, ce qui confirme les limites de cet outil : le nombre d'utilisateurs dépistés par les établissements ne peut pas logiquement être supérieur au nombre d'utilisateurs repérés.

### 3.7 Conclusion de l'état de situation

Selon les données du RTQ qui identifient la clientèle avec un TCCL probable, on constate que le nombre de TCCL repérés dans la région de la Montérégie est nettement inférieur à ce à quoi on peut s'attendre, selon les données épidémiologiques connues. Si nous tenons compte du nombre d'utilisateurs de la région ayant bénéficié d'une démarche de dépistage<sup>15</sup>, la région de la Montérégie est près de la norme de 100 cas par 100 000 habitants. Le RTQ n'est donc pas une source d'information permettant une analyse fiable.

**Constat :** Il manque de l'information documentée dans les dossiers médicaux permettant de repérer adéquatement la clientèle, poser le diagnostic et évaluer le niveau de risque de complications médicales graves de la clientèle présentant un TCCL par les services montérégiens de 1<sup>re</sup> ligne.

**Constat :** Il n'existe pas de mécanisme formel de dépistage des facteurs de mauvais pronostics de récupération fonctionnelle à travers la Montérégie.

**Constat :** Il n'existe pas d'organisation régionale de services pour l'ensemble de la clientèle présentant un TCCL qui s'appuie sur le niveau de risque du TCCL et qui offre un accès rapide aux services requis, selon le niveau de récupération de la personne.

**Constat :** Il manque de ressources dédiées à l'intervention préventive dans le réseau, en général.

---

<sup>15</sup> Référence Tableau 4.

## 4. Zones d'amélioration du MSSS et objectifs régionaux

Les orientations ministérielles 2005-2010 pour le TCCL proposent des balises cliniques et organisationnelles pour encadrer la mise en place d'une offre de service dans chacune des régions du Québec. La région de la Montérégie y voit là une opportunité réelle pour favoriser la mise en place d'une organisation des services et améliorer la réponse aux besoins particuliers de la clientèle TCCL, tout en visant des critères d'efficacité et d'efficience dans l'utilisation des ressources. Des objectifs ont été définis à la suite des constats identifiés par les membres du comité de travail concernant l'organisation régionale des services aux personnes victimes d'un TCCL. Ils ont été formulés en fonction des cinq (5) zones d'amélioration<sup>16</sup> privilégiées par le Ministère :

- ▶ l'efficacité du repérage des personnes susceptibles d'être victimes d'un TCCL;
- ▶ la détermination du diagnostic de TCCL ainsi que l'évaluation et la gestion du risque de complications médicales graves;
- ▶ la détermination du pronostic de même que l'évaluation et la gestion du risque de complications fonctionnelles;
- ▶ l'intervention préventive (information et rassurance, relance téléphonique sélective, entrevue dirigée);
- ▶ l'orientation de la personne victime d'un TCCL vers les services appropriés, selon la nature de ses besoins.

Rappelons que la finalité du processus d'interventions est de repérer les individus qui présentent un risque de complications médicales aiguës ou fonctionnelles persistantes. Il s'agit aussi de leur offrir, sans égard à la présence d'un tiers payeur, toute la gamme de services requis en fonction de leurs besoins. Les champs d'action sélectionnés pour l'implantation du continuum de services en Montérégie ont été légèrement modifiés : la seconde zone d'amélioration a été scindée et la partie diagnostic a été associée avec la zone d'amélioration du repérage puisque les objectifs et les actions qui les concernent seront les mêmes. La partie concernant l'évaluation et la gestion du risque de complications médicales graves devient un champ d'action en soi.

### 4.1 Repérage et diagnostic

Les constats faits précédemment nous permettent de croire qu'en Montérégie, les données actuelles reflètent un nombre de victimes d'un TCCL inférieur à ce qui est attendu selon les estimations du Task Force.

Pour remédier à cette situation, les objectifs suivants sont établis :

- ▶ sensibiliser les intervenants de la 1<sup>re</sup> ligne et du préhospitalier à la problématique du TCCL;
- ▶ assurer l'équité du traitement des usagers en utilisant une approche régionale systématisée de repérage et de diagnostic;
- ▶ évaluer l'efficacité du repérage et quantifier les diagnostics de TCCL.

---

<sup>16</sup> Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, 2005. p. 43.

## **4.2 Évaluation et gestion du risque de complications médicales graves**

La gestion des risques de complications médicales graves étant déjà effectuée au niveau de chacun des hôpitaux, l'objectif défini est le suivant :

- ▶ formaliser la prise en charge des usagers ayant des complications médicales graves avec les corridors de service associés dans chacun des RLS.

À ce niveau, les rôles et responsabilités de chacun des hôpitaux, incluant ceux n'ayant pas de mandat en traumatologie, devront être définis en regard du continuum de services avec les autres acteurs de 1<sup>re</sup> ligne de leur territoire respectif.

## **4.3 Pronostic, risque de complications fonctionnelles et interventions préventives précoces**

La région de la Montérégie doit viser plusieurs zones d'améliorations à cette étape de la démarche de dépistage du TCCL. Le portrait de la situation de notre région reflète des inégalités dans l'offre de service visant l'intervention et l'évaluation du pronostic de la clientèle. L'objectif suivant sera prioritaire :

- ▶ assurer l'accès aux dépistages requis afin de limiter les incapacités tardives, sans égard à la porte d'entrée initiale du client dans le réseau de la santé ou à la présence d'un agent payeur.

## **4.4 Orientation des personnes victimes d'un TCCL vers les services requis en fonction de leurs besoins**

Les services de réadaptation fonctionnelle en lien avec le TCCL sont déjà assurés par le CMR. Toutefois, les ressources complémentaires (privées ou publiques) dont pourraient bénéficier certaines clientèles ayant subi un TCCL sont méconnues ou peu impliquées dans le processus. C'est pourquoi les objectifs suivants sont énoncés :

- ▶ sensibiliser les intervenants du réseau de la santé à la problématique et aux besoins des personnes ayant un TCCL en lien avec les facteurs de comorbidité;
- ▶ assurer la prise en charge de la clientèle victime d'un TCCL par les ressources appropriées, en incluant, au besoin, les ressources à l'extérieur des ententes en traumatologie.

## **5. Trajectoire de service pour la Montérégie**

La trajectoire de services tracée pour la clientèle montérégienne ayant subi un TCCL tient compte de la Loi sur les services de santé et des services sociaux ainsi que des orientations et des paramètres d'organisation du réseau de la traumatologie. Le projet régional s'inscrit dans le respect des balises cliniques et des recommandations des « Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010 ».

La région de la Montérégie a choisi un modèle mixte qui partage les responsabilités entre les différents partenaires, mais en concentre la majorité des activités en un seul pôle.

### **5.1 Pour la clientèle en provenance des urgences du territoire de la Montérégie**

La clientèle TCCL nécessitant un processus de dépistage sera, au congé médical, référée vers l'HCLM, centre de référence régional, pour une prise en charge et un suivi externe.

Pour la clientèle à risque de complications médicales graves et complexes, le réseau montérégien pourra référer la clientèle TCCL vers le centre désigné en neurotraumatologie, selon les ententes en vigueur sur leur territoire respectif pour la clientèle TCC (tel qu'énoncé au chapitre 3).

### **5.2 Pour la clientèle en provenance des GMF, UMF, CLSC et cliniques**

La clientèle TCCL nécessitant une prise en charge à l'urgence pour évaluer les facteurs de risque de mortalité ou de complications médicales graves sera dirigée en fonction des territoires de desserte habituels. Pour les deux (2) hôpitaux n'ayant pas de mandat en traumatologie (Pierre-Boucher et Barrie-Memorial), une réflexion sera faite pour préciser l'orientation de la clientèle TCCL dans le meilleur intérêt de la population de ces territoires.

La clientèle repérée et diagnostiquée TCCL devra être dirigée vers le centre de référence régional en externe.

Les figures suivantes précisent la trajectoire de services pour la clientèle TCCL.

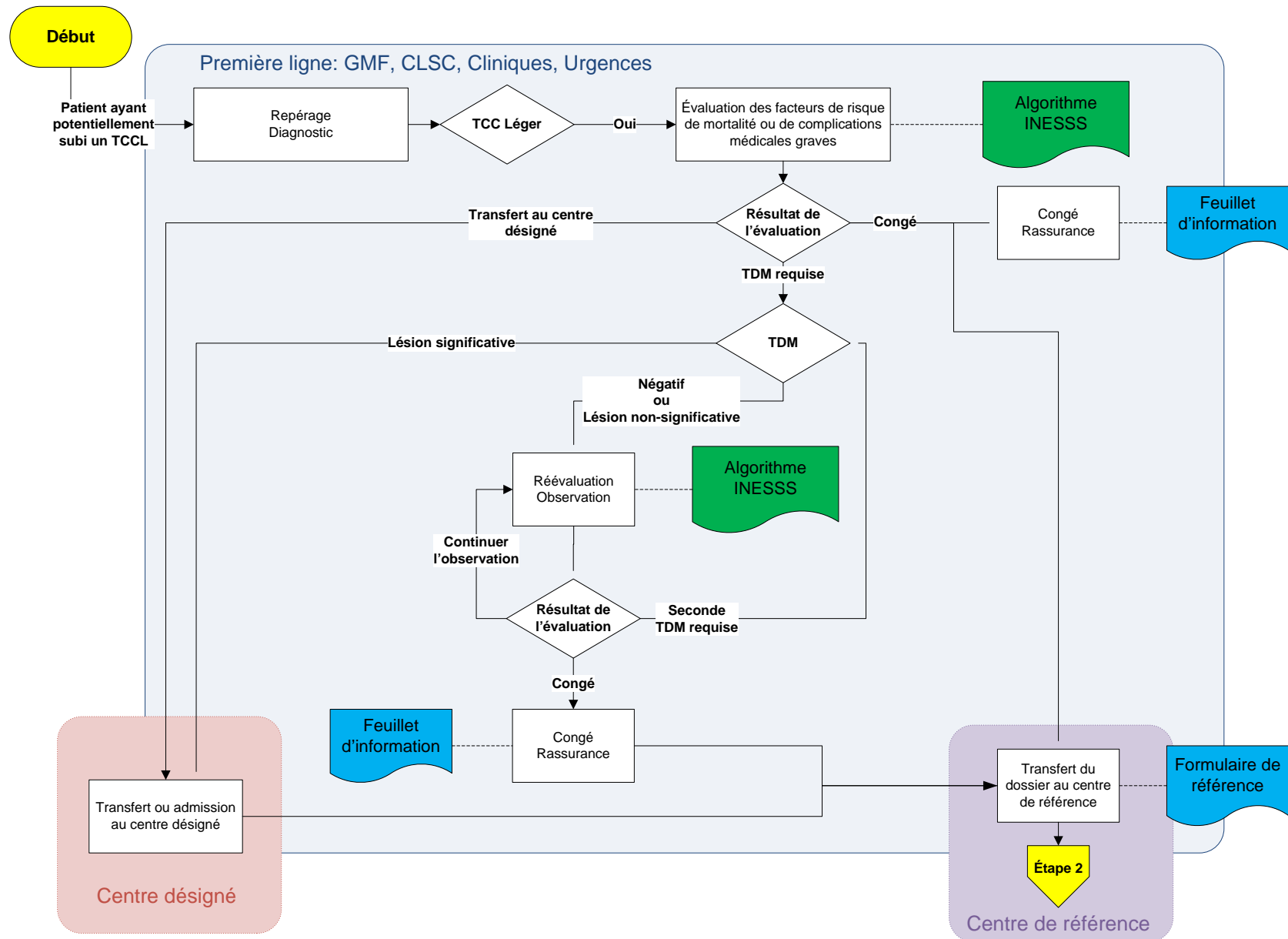


Figure 2 : Trajectoire de services préconisée - Étape 1: Mortalité et complications médicales

Étape 2: Complications fonctionnelles

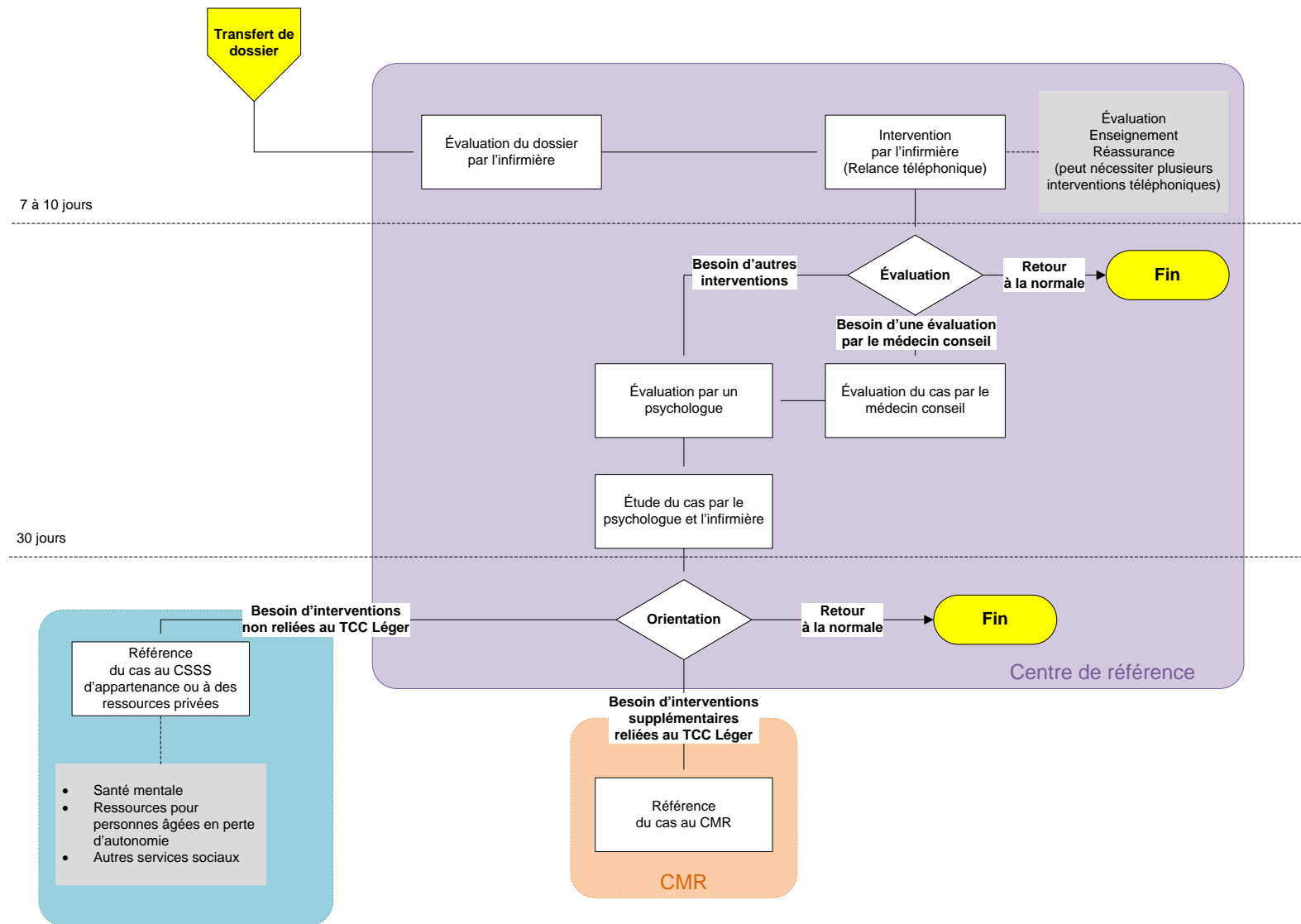


Figure 3 : Trajectoire de services préconisée – Étape 2 : Complications fonctionnelles

Comme la clientèle montérégienne est caractérisée par un volume important d'individus victimes d'un TCCL qui entrent par de multiples portes dans le réseau de la santé (CSSS, GMF, UMF, CR, CHSGS, cliniques médicales privées, etc.), il importe de responsabiliser et d'outiller l'ensemble des acteurs de la 1<sup>re</sup> ligne, institutionnelle ou non, afin qu'ils puissent remplir les fonctions de repérage, de diagnostic et d'évaluation du risque de complications médicales. Tous ces acteurs, selon leur lieu de pratique, n'ont cependant pas accès aux mêmes ressources ou plateaux diagnostiques. À titre d'exemple, le rôle du médecin travaillant en clinique privée ou en GMF se limitera au repérage, au diagnostic et à l'identification de facteurs de risque de complications médicales graves qui justifieraient une tomodensitométrie cérébrale ou qui requièraient une évaluation en milieu hospitalier. Des ententes devront être réalisées sur une base territoriale (dans le RLS) pour assurer une prise en charge fluide de la clientèle. Cependant, ces cliniques pourront, pour les usagers qui ne seront pas orientés en milieu hospitalier, référer directement au centre régional de référence la clientèle nécessitant un dépistage des facteurs de risque de chronicité du TCCL.

La situation est tout autre pour les médecins œuvrant en milieu hospitalier. Ceux-ci pourront assumer pleinement le repérage, le diagnostic, l'évaluation du risque des complications médicales graves et le transfert au centre de référence régional pour la poursuite du dépistage de la clientèle TCCL en externe.

Comme précisé précédemment et selon les ententes en vigueur pour la clientèle en neurotraumatologie, le réseau montérégien pourra référer la clientèle TCCL à risque de complications médicales graves et complexes vers le centre désigné de leur territoire respectif. Les ententes devront être révisées pour assurer une orientation rapide de la clientèle TCCL vers ces établissements. Dès que la situation de l'usager sera stabilisée, celui-ci sera dirigé vers le service approprié à sa condition.

**Remarque :** Des ententes devront être réalisées sur une base territoriale (dans le RLS) pour assurer une prise en charge fluide de la clientèle.

**Remarque :** Les ententes avec les centres de neurotraumatologie désignés pour les établissements de la Montérégie devront être révisées pour assurer une orientation rapide de la clientèle TCCL vers ces établissements.

## 6. Rôles et responsabilités des partenaires impliqués

La section qui suit présente, de façon plus détaillée, la description des rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans la trajectoire de services. De façon générale, il est attendu que chaque partenaire respecte les orientations provinciales et régionales, ce qui inclut l'utilisation des outils mis à leur disposition, par exemple les algorithmes d'orientation de l'INESSS présentés en annexe X.

### 6.1 Les services de première ligne

Tous les services de 1<sup>re</sup> ligne (GMF, UMF, CLSC, Cliniques, Urgences) sont responsables du repérage des personnes ayant subi un TCCL, du diagnostic, de l'identification des facteurs de risque de complications médicales graves et du transfert des usagers vers un centre hospitalier, le cas échéant. Ils réfèrent également la clientèle ayant un diagnostic de TCCL au centre de référence régional de suivi du TCCL.

Des ententes devront être conclues dans chacun des territoires de RLS de la Montérégie pour que les médecins qui travaillent hors des hôpitaux puissent avoir accès aux examens de tomodensitométrie ou une admission à l'hôpital, si la condition de l'utilisateur l'exige.

De plus, les hôpitaux sont responsables de formaliser les ententes de service nécessaires au transfert des usagers vers le centre désigné de leur territoire respectif selon leurs besoins. On rappelle qu'une réflexion avec les deux hôpitaux n'ayant pas de mandat en traumatologie devra être faite pour préciser l'orientation de la clientèle, dans le meilleur intérêt de celle-ci.

Les hôpitaux doivent maintenir à jour ces ententes de service. L'Agence a la responsabilité de coordonner et de supporter les établissements à ce niveau; elle a aussi la responsabilité du respect de ces ententes.

## **6.2 Les centres désignés**

Les centres désignés assurent la gestion du risque de mortalité et de complications médicales graves et complexes. Des ententes devront être conclues entre les hôpitaux de la Montérégie et les centres en neurotraumatologie pour intégrer la clientèle TCCL dans les ententes actuelles et en assurer la fluidité, et ce, autant pour la clientèle adulte que pédiatrique.

Chaque centre désigné est responsable d'offrir les services spécialisés requis par l'utilisateur, tel que défini par les ententes.

## **6.3 Le centre de référence régional**

Le centre de référence régional de suivi du TCCL procède à l'évaluation et la gestion du risque de complications fonctionnelles, l'intervention préventive, et oriente les usagers vers les services requis, selon ses besoins pour toute la clientèle TCCL référée en provenance de tout le territoire de la Montérégie. En fonction des besoins des usagers et de la masse critique identifiée, des services de psychologie liés à l'évaluation pronostique pourront être réalisés à proximité des milieux de vie des usagers. Préalablement, des ententes de partenariat avec les ressources locales pour le prêt de locaux sont à planifier.

L'Agence de la Montérégie recommande qu'il y ait un seul organisme sur le territoire pour assurer cette fonction.

Des ententes de partenariat sont à planifier avec les ressources locales et le centre régional désigné (HCLM) pour le prêt de locaux.

## **6.4 Les CSSS et les autres ressources spécialisées**

Les CSSS ont la responsabilité d'assurer les services au plan physique et psychosocial des personnes, en lien avec les problématiques survenant en comorbidité avec le TCCL comme le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement incluant le soutien à domicile et l'hébergement. Les CSSS offrent aussi d'autres programmes, notamment en santé mentale et en dépendance, qui pourront être sollicités au besoin.

Les CSSS ont aussi la responsabilité de prendre en charge le patient lorsque son épisode de réadaptation est terminé, par exemple avec des services de soutien à domicile.



D'autres ressources spécialisées et disponibles dans la communauté peuvent être requises comme des services en psychologie.

## **6.5 Le Centre montérégien de réadaptation**

Le CMR fait partie du consortium montérégien pour les personnes victimes d'un TCC. Il offre des services spécialisés de réadaptation pour les personnes qui présentent des incapacités significatives et persistantes ou qui sont susceptibles de vivre des situations de handicap en lien avec le TCC, peu importe le degré de sévérité. Les personnes dont les complications ne sont pas reliées au TCC seront orientées vers d'autres établissements ou services (ex. : services en santé mentale pour les pathologies psychiatriques réactionnelles ou prémorbides, services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement pour les personnes présentant un profil gériatrique).

## **6.6 Le Comité régional de traumatologie (CRT)**

Le CRT approuve le plan d'implantation et ses modifications, veille à son implantation et à son évaluation et supporte les partenaires pour la mise en place du continuum de services. Une fois ce plan réalisé, il évalue périodiquement les résultats et propose des améliorations, au besoin.

## **6.7 L'Agence de la Montérégie**

L'Agence fait rapport au CRT de l'avancement du plan d'action et de ses résultats. Elle lui soumet aussi des analyses, des études et des recommandations pour éclairer sa prise de décisions. Elle a aussi la responsabilité de support et du respect des ententes entre les partenaires.

## 7. Processus d'amélioration continue

### 7.1 Évaluation

L'implantation du continuum de services sera réalisée en mode projet pour chacune des phases ou certains objectifs, selon les orientations transmises par le CRT. Ainsi, pour chacune des zones d'amélioration identifiées régionalement, le CRT et l'Agence verront à identifier un chargé de projet qui aura comme tâche de :

- planifier et préparer le travail à réaliser en identifiant les moyens et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs établis;
- assurer la réalisation du plan en vérifiant que les résultats obtenus correspondent à ce qui a été identifié préalablement en termes d'objectifs et d'échéancier;
- informer le CRT de l'avancement des travaux et ajuster les écarts, le cas échéant.

Des tableaux de bord régionaux seront réalisés en collaboration avec les établissements concernés, et ce, dans le but de faire le lien entre les plans de projet et sa mise en œuvre. Un monitoring de nature plus qualitative sera prévu aussi pour assurer la conformité et le respect des orientations ministérielles par les cliniciens dans le suivi du plan d'implantation. Ce sont des outils de gestion qui se veulent stratégiques en vue de soutenir activement la prise de décision et favoriser les ajustements nécessaires de façon continue.

**Remarque :** La réalisation du plan d'implantation triennal sera en mode « gestion de projet », identifiant clairement les objectifs, les biens livrables et l'échéancier pour la réalisation de chaque phase des travaux.

**Remarque :** Des tableaux de bord seront définis pour soutenir la prise de décision auprès des instances régionales responsables de la réalisation du plan.

### 7.2 Formation

La résolution de certains problèmes identifiés quant à l'offre de service pour la clientèle montérégienne victime d'un TCCL bénéficiera de la mise en œuvre d'un plan régional de formation destiné à l'ensemble des partenaires concernés par cette problématique. Ce plan devra pallier :

- l'expertise inégale des différents acteurs concernés et la méconnaissance de la problématique du TCCL (principalement au niveau des critères pronostiques), des besoins de services de la clientèle et des services disponibles pour ces personnes (trajectoire de services);
- Le repérage de la clientèle et l'établissement du diagnostic de TCCL dans le respect des critères recommandés par le MSSS;
- la déficience, sur le plan régional, de la collaboration et la coordination des services auprès de la clientèle victime d'un TCCL ayant des problématiques particulières (santé mentale, vieillissement, dépendances, etc.), et ce, autant pour les professionnels du centre de référence régional de suivi du TCCL que ces partenaires du réseau.

Ces difficultés relèvent en grande partie du manque de formation, d'information et d'expertise. Elles méritent une attention particulière compte tenu de leur ampleur et leur impact sur toute la chaîne d'interventions.

Les intervenants auront donc besoin d'information et de formation sur l'organisation régionale des services pour la clientèle avec un TCCL. Il faudra leur accorder le soutien nécessaire, délimiter clairement leurs responsabilités pour cette clientèle en fonction du lieu de pratique ainsi que l'arrimage souhaité avec les partenaires du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM). Un groupe de travail, sous la responsabilité d'un chargé de projet et réunissant des représentants de l'ensemble des partenaires concernés participera à l'élaboration du plan de formation.

Dans un premier temps, l'Agence compte mettre l'emphase auprès des partenaires de 1<sup>re</sup> ligne œuvrant en CH. Les CH ayant un mandat en traumatologie seront priorisés pour englober ensuite les autres CSSS du territoire (CSSS Haut-Saint-Laurent – CH Barrie-Memorial, CSSS Pierre-Boucher – Hôpital Pierre-Boucher et CSSS de Vaudreuil-Soulanges). Les autres intervenants de 1<sup>re</sup> ligne (GMF, UMF, cliniques médicales, services préhospitaliers) seront inclus dans la démarche quand la 1<sup>re</sup> ligne CSSS – volet CH sera consolidée.

### **7.3 Suivi**

Le suivi de cette démarche sera assuré par le CRT. L'Agence apportera son support pour la réalisation des plans de projet.

## 8. Plan d'implantation

### 8.1 Repérage et diagnostic

- PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES :
- Absence d'organisation régionale de services pour l'ensemble de la clientèle montérégienne présentant un TCCL qui s'appuie sur le niveau de risque du TCCL et qui offre un accès rapide aux services requis, selon le niveau de récupération de la personne.
  - Démarche de repérage, de dépistage et de suivi des personnes ayant un TCCL non uniforme sur l'ensemble du territoire.
  - Impossibilité d'obtenir un portrait fiable de la clientèle TCCL compte tenu des limites inhérentes aux différentes bases de données et à la disponibilité des ressources.
  - Manque de fiabilité des données du RTQ qui montrent un nombre de TCCL largement en deçà de ce qui est attendu, selon les évaluations du Task Force et les données réelles des établissements : toute la clientèle TCCL externe ou qui est hospitalisée moins de trois jours n'est pas comptabilisée dans une base de données commune aux établissements.

OBJECTIF : 1. SENSIBILISER LES INTERVENANTS DE LA 1<sup>RE</sup> LIGNE ET DU PRÉHOSPITALIER À LA PROBLÉMATIQUE DU TCCL

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES (R) COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
1.1 Élaborer et mettre en place un plan de formation destiné aux professionnels et aux médecins de la 1 <sup>re</sup> ligne et du préhospitalier. Le plan inclura des activités de sensibilisation sur la problématique du TCCL, l'importance de bien documenter les signes et symptômes associés au TCCL et les critères de transfert en milieu hospitalier auprès des ambulanciers, des médecins et des professionnels de la 1 <sup>re</sup> ligne œuvrant en CSSS (CH et CLSC), GMF, UMF, cliniques médicales.	ASSS (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (R) Médecins et professionnels des centres référents de la Montérégie (C) Services préhospitaliers (C)	Mise sur pied d'un groupe de travail pour développer un plan de formation incluant différentes stratégies pour rejoindre les divers publics cibles. Révision du matériel de formation disponible. Plan de formation accepté par le CRT. Désignation des formateurs. Mise en œuvre du plan de formation. Identification et actualisation des ressources financières et matérielles pour soutenir la mise en œuvre du plan de formation.	Description des activités de sensibilisation et de formation réalisées auprès des médecins et professionnels de la 1 <sup>re</sup> ligne et du préhospitalier : date et nature de l'activité, nombre de personnes rejointes selon le lieu de pratique. Nombre d'heures de formation par mois. Identification des ressources financières et matérielles.	Élaboration du matériel de formation (septembre 2012). Validation du matériel auprès des 2 CSSS de Longueuil et formation de 5 nouveaux CSSS : Vaudreuil-Soulanges, du Suroît, du Haut-Saint-Laurent, Jardins-Roussillon, Haut-Richelieu-Rouville (décembre 2012). Formation de 2 autres CSSS : Haute-Yamaska et La Pommeraie (mai 2013) Formation des CSSS restants : Pierre-de Saurel et Richelieu-Yamaska (septembre 2013). Consolidation de la formation et de l'information en continu.
1.2 Élaborer un feuillet d'information à l'intention des personnes ayant subi un TCCL pour soutenir le processus de rassurance des professionnels de 1 <sup>re</sup> ligne. Le formulaire devra tenir compte de tous les types de TCCL (du simple au plus complexe)	ASSS (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (R) Médecins et professionnels des centres référents de la Montérégie (C) Services préhospitaliers (C)	Approbation d'un feuillet d'information pour la région à l'intention des personnes ayant subi un TCCL. Diffusion du feuillet auprès des médecins et professionnels.	Nombre de rappels au centre de référence régional de suivi du TCCL (suite à la distribution du feuillet). Mesure du niveau de satisfaction des médecins et professionnels quant à l'utilisation du feuillet auprès de leur clientèle.	Élaboration du feuillet d'information (septembre 2012). Validation du feuillet auprès des CSSS au cours de la 1 <sup>re</sup> année.

**OBJECTIF : 2. ASSURER L'ÉQUITÉ DU TRAITEMENT DES USAGERS EN UTILISANT UNE APPROCHE RÉGIONALE SYSTÉMATISÉE DE REPÉRAGE ET DE DIAGNOSTIC**

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES(R) COLLABORATEURS(C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
2.1. Diffuser les algorithmes décisionnels (version novembre 2011) pour la gestion des complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL (adulte et pédiatrique) auprès des médecins de 1 <sup>re</sup> ligne.	ASSS (R) CSSS (C)	Diffusion des algorithmes auprès des médecins et professionnels.	Les CSSS ont reçu les algorithmes.	Deux copies des algorithmes adulte et pédiatrique ont déjà été envoyées à chacun des CSSS.  Diffusion des algorithmes selon le plan de formation.
2.2. Élaborer un mécanisme d'information et de consultation pour les médecins de la 1 <sup>re</sup> ligne (incluant la réponse aux besoins des personnes avec un TCCL qui requièrent une prise en charge pour des blessures traumatiques autres que TCC) : ces médecins pourront communiquer avec les personnes contact du centre de référence régional de suivi du TCCL.	ASSS (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C)	Tous les clients TCCL sont repérés et diagnostiqués de façon standardisée.	Nombre de CSSS pouvant référer au centre de référence régional de suivi pour la clientèle TCCL;  Mesures de satisfaction des médecins de 1 <sup>re</sup> ligne concernant les réponses aux besoins d'information et de consultation.	Approbation du formulaire de référence (octobre 2012).  Diffusion du formulaire au fur et à mesure de l'intégration des nouveaux CSSS.

**OBJECTIF : 3. ÉVALUER L'EFFICACITÉ DU REPÉRAGE ET QUANTIFIER LES DIAGNOSTICS DE TCCL**

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES(R) COLLABORATEURS(C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
3.1. Élaborer un mécanisme pour évaluer l'efficacité du repérage et du diagnostic par la mise en place d'un projet pilote afin de quantifier le repérage et le diagnostic de la clientèle TCCL et évaluer la qualité de l'acte médical.	Groupe de travail issu des CSSS référents (R) ASSS (C) Centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C)	Identifier un ou des sites pilotes.  Réévaluation des stratégies et des moyens à privilégier, selon le niveau d'atteinte des résultats.	Rapport d'évaluation qui identifiera (entre autres) : <ul style="list-style-type: none"> <li>le nombre de diagnostics TCCL posé;</li> <li>la qualité du diagnostic TCCL posé en concordance avec les algorithmes du MSSS (version novembre 2011);</li> <li>la présence et la pertinence des informations contenues au dossier pour permettre un suivi adéquat.</li> </ul> Identification et mise en place des ressources financières et humaines nécessaires.	Début de la démarche (septembre 2013).  Rapport en mars de chaque année.

## 8.2 Évaluation et gestion des complications médicales graves

- PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES :
- Manque d'information documentée dans les dossiers médicaux permettant de repérer adéquatement la clientèle, poser le diagnostic et évaluer le niveau de risque de complications médicales graves de la clientèle présentant un TCCL par les services montérégiens de 1<sup>re</sup> ligne.
  - Méthode actuelle de mesure du nombre de TCCL non valide dans un processus d'évaluation continue du continuum de services pour cette clientèle, malgré le fait que les données de dépistages réels réalisés par les centres tertiaires (incluant HCLM) sont d'un ordre de grandeur comparable à l'évaluation de 100 cas par 100 000 du Task Force.
  - Ententes inexistantes sur une base territoriale (dans le RLS) pour assurer une prise en charge fluide de la clientèle TCCL.
  - Ententes incomplètes avec les centres de neurotraumatologie désignés pour les établissements de la Montérégie pour assurer une orientation rapide de la clientèle TCCL vers ces établissements.

OBJECTIF : 4. FORMALISER LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS À RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES GRAVES AVEC LES CORRIDORS DE SERVICES ASSOCIÉS DANS CHACUN DES RLS

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES (R) COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
4.1. Formaliser les corridors de services entre la 1 <sup>re</sup> ligne et les CH de traumatologie de la Montérégie pour la clientèle avec un TCCL qui requiert une évaluation en milieu hospitalier.	Centres secondaires et primaires désignés en traumatologie de la Montérégie (R) CSSS de la Montérégie sans mandat en traumatologie (R) Agence (C) Comité régional de traumatologie (C)	Mise en place de protocoles formels entre la 1 <sup>re</sup> ligne et les centres secondaires et primaires du réseau de la traumatologie de la Montérégie clarifiant l'offre de service à la clientèle avec un TCC.  Pour les hôpitaux n'ayant pas de mandat en traumatologie : clarification de l'offre de service pour les TCCL, et de façon plus spécifique, le rôle face aux GMF, UMF et cliniques médicales de leur territoire de desserte.  Diffusion des informations relatives aux protocoles et aux modalités de transfert s'appliquant aux TCCL auprès des médecins de la 1 <sup>re</sup> ligne.	Protocoles incluant la clientèle avec un TCCL conclus entre les établissements concernés.  Écart de la conformité des intervenants de la 1 <sup>re</sup> ligne aux critères de transfert des personnes avec un TCCL vers les centres secondaires et primaires de la Montérégie.	Protocoles avec les centres secondaires et primaires de la Montérégie conclus au fur et à mesure de leur intégration vers le centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM).  Diffusion des informations aux médecins de la 1 <sup>re</sup> ligne au fur et à mesure de la signature des ententes.
4.2. Formaliser les corridors de services entre les hôpitaux de la Montérégie et les centres de neurotraumatologie pour la clientèle avec un TCCL suivant les protocoles déjà existants pour les personnes ayant subi un TCC grave ou modéré.	Centres de traumatologie secondaires et primaires de la Montérégie (R) CSSS de la Montérégie sans mandat en traumatologie (R) Agence (C) Comité régional de traumatologie (C)	Modification des protocoles actuels avec les hôpitaux tertiaires de Montréal et de l'Estrie pour inclure la clientèle avec un TCCL.  Pour les hôpitaux n'ayant pas de mandat en traumatologie : clarification des mesures de transfert pour la clientèle TCCL avec des complications médicales graves nécessitant un transfert en centre de neurotraumatologie.  Pour la clientèle pédiatrique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• définition des critères de référence immédiate;</li> <li>• définition des critères de référence pour les interventions préventives;</li> <li>• définition des mécanismes d'évaluation avec les médecins des hôpitaux tertiaires pédiatriques.</li> </ul> Diffusion des informations relatives aux protocoles et aux modalités de transfert s'appliquant aux TCCL auprès des médecins de la 1 <sup>re</sup> ligne.	Protocoles incluant la clientèle avec un TCCL conclus entre les établissements concernés.  Écart de la conformité des centres primaires et secondaires de la Montérégie aux critères de transfert des personnes avec un TCCL vers les centres tertiaires de Montréal et de l'Estrie.	Protocoles avec les hôpitaux tertiaires de Montréal et de l'Estrie conclus (mars 2012).  Protocoles et critères de référence pédiatrique réalisés (mars 2012).

### 8.3 Pronostic, risque de complications fonctionnelles et interventions préventives précoces

- PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES :
- Absence de mécanisme formel de dépistage des facteurs de mauvais pronostic de récupération fonctionnelle à travers la Montérégie.
  - Non-uniformité de la démarche de repérage, de dépistage et de suivi des personnes ayant un TCCL sur l'ensemble du territoire de la Montérégie : la problématique se situe principalement au niveau du dépistage des risques de complications fonctionnelles et des besoins d'interventions précoces.
  - Mesures palliatives de dépistage assurées par le centre de réadaptation régional auprès des personnes dont les symptômes perdurent au-delà de trois mois : celles-ci auraient bénéficié d'un dépistage plus rapide et d'interventions précoces et ainsi prévenir les risques de chronicité.
  - Manque de concertation de l'ensemble des partenaires du réseau auprès des clientèles spécifiques (personnes âgées, santé mentale, dépendances).
  - Manque de ressources dédiées à l'intervention préventive dans le réseau en général.

**OBJECTIF :** 5. ASSURER L'ACCÈS AU DÉPISTAGE REQUIS AFIN DE LIMITER LES INCAPACITÉS TARDIVES, SANS ÉGARD À LA PORTE D'ENTRÉE INITIALE DU CLIENT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ OU À LA PRÉSENCE D'UN AGENT PAYEUR

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES(R) COLLABORATEURS(C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
5.1. Consolider et mettre en place le centre de référence régional de suivi du TCCL par l'ajout de ressources spécialisées pour répondre aux besoins de l'ensemble du territoire de la Montérégie.	ASSS (C) CSSS Champlain—Charles-Le Moyne (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C) CRT (C)	Identification et obtention des ressources financières et matérielles suffisantes pour soutenir la mise en œuvre du plan d'intégration des CSSS. Développement d'un plan d'intégration de l'ensemble des CSSS de la Montérégie pour la prise en charge de la clientèle TCCL au centre de référence. Inclure dans le plan d'implantation les mesures transitoires permettant d'assurer le service à la population le plus rapidement possible, par exemple au moyen d'ententes temporaires.	Nombre de CSSS pouvant référer au centre de référence régional de suivi pour la clientèle TCCL.	Selon l'échéancier du plan d'implantation(1.1).
5.2. Élaborer un formulaire unique de référence au centre de référence régional.	ASSS (C) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (R) CSSS (C) Ressources spécialisées (C) Ressources spécialisées de 2 <sup>e</sup> ligne (C)	Approbation d'un formulaire unique pour référence au centre de référence régional de suivi du TCCL par le CRT. Diffusion du formulaire unique aux médecins et professionnels de la 1 <sup>re</sup> ligne.	Utilisation du formulaire unique pour référence au programme régional. Satisfaction du formulaire auprès des utilisateurs.	Élaboration du formulaire de référence au centre de référence régional de suivi du TCCL (octobre 2012).
5.3 Élaborer et mettre en place des mécanismes formels permettant aux personnes de la région qui présentent une aggravation de leurs symptômes à la suite d'un TCCL d'avoir accès au centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM).	ASSS (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (R)	Diffusion des informations aux intervenants de 1 <sup>re</sup> ligne pour la réentrée au centre de référence régional de suivi du TCCL pour les personnes ayant une aggravation de leurs symptômes à la suite d'un TCCL. Mise en place et diffusion auprès de la clientèle adulte et pédiatrique des mécanismes de réentrées et d'entrées tardives au centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM).	Volume et motifs de réentrées et d'entrées tardives au centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) pour la clientèle adulte et pédiatrique.	Élaboration du formulaire de référence au centre de référence régional de suivi du TCCL (octobre 2012).

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES(R) COLLABORATEURS(C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
5.4. Rejoindre la clientèle le plus près possible de son milieu de vie	ASSS (R) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C) CSSS (C) Ressources spécialisées (C) Ressources spécialisées de 2 <sup>e</sup> ligne (C)	Ententes de partenariat à réaliser avec les ressources locales et le centre de référence régional désigné (HCLM) pour le prêt de locaux en vue d'offrir des services de psychologie le plus près possible des milieux de vie de la clientèle victime d'un TCCL	Liste des points de service où les services d'intervention précoce sont disponibles.	Négociation pour prêt de locaux pour offrir les services de psychologie près des milieux de vie des usagers (mai 2012).



## 8.4 Orientation des personnes victimes d'un TCCL vers les services requis en fonction de leurs besoins

PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES : • Déficience sur le plan régional, de la collaboration et la coordination des services auprès de la clientèle victime d'un TCCL ayant des problématiques particulières (santé mentale, vieillissement, dépendances, etc.).

### OBJECTIF : 6. SENSIBILISER LES INTERVENANTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ À LA PROBLÉMATIQUE ET AUX BESOINS DES PERSONNES AYANT UN TCCL EN LIEN AVEC LES FACTEURS DE COMORBIDITÉ

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES (R) COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
6.1. Élaborer et réaliser un plan de formation auprès des professionnels du centre de référence régional sur les problématiques liées à la santé mentale, aux problèmes de dépendances, au vieillissement, etc.	ASSS (R) CMR (C) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C)	Identification des besoins de formation et d'information sur les ressources en place auprès de la clientèle TCCL avec d'autres problématiques.	Plan de formation réalisé et suivi du plan de formation.	En continu.
6.2. Élaborer et réaliser un plan de formation destiné aux médecins et aux professionnels de santé mentale, de dépendances ou de problèmes liés au vieillissement contenant les informations nécessaires pour rehausse : • le niveau de conformité au modèle de gestion de la morbidité initiale et persistante; • le niveau de connaissances sur les risques de complications fonctionnelles, en particulier à l'égard du risque de chronicisation : litige, indemnisation, personnes âgées, abus de substances, santé mentale.	ASSS (R) CMR (C) Médecins et cliniciens issus du centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM) (C)	Mise sur pied d'un groupe de travail pour développer un plan de formation incluant différentes stratégies pour rejoindre ces publics cibles.  Obtenir le financement nécessaire pour répondre à l'ensemble des besoins.	Description des activités de sensibilisation et de formation réalisées auprès de cette clientèle spécifique : • date et nature de l'activité; • nombre de personnes rejointes; • nombre d'heures de formation annuellement.  Identification et obtention des ressources matérielles et humaines et financières pour réaliser l'activité.	Consolidation de la formation et de l'information en continu.

### OBJECTIF : 7. ASSURER LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE VICTIME D'UN TCCL PAR LES RESSOURCES APPROPRIÉES, EN INCLUANT, AU BESOIN, LES RESSOURCES À L'EXTÉRIEUR DES ENTENTES EN TRAUMATOLOGIE

STRATÉGIES/MOYENS IDENTIFIÉS	RESPONSABLES (R) COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
7.1. Identifier, sur une base territoriale (RLS), les ressources publiques et privées qui peuvent soutenir la clientèle victime d'un TCCL.	ASSS (R) HCLM (centre de référence régional de suivi du TCCL) (C) CRT (C) CSSS (C)	Développement d'un bottin qui identifiera les ressources publiques et privées pour chacun des territoires de RLS.  Mise à jour annuelle du bottin de ressources.  Utilisation de ces informations par le centre de référence régional de suivi du TCCL.	Bottin disponible et maintenu à jour pour l'ensemble des territoires de RLS de la Montérégie;	Mise en place et diffusion des informations au fur et à mesure de l'intégration des CSSS au centre de référence régional de suivi du TCCL (HCLM). (voir 1.1)
7.2. Assurer l'intégration de la clientèle TCCL dans les travaux de l'Agence visant l'offre de service à la clientèle de traumatologie.	ASSS (R) CRT (C)	Répondre aux besoins des personnes avec un TCCL qui requièrent des services par des ressources hors traumatologie, par exemple en santé mentale, dépendances, gériatrie, problématiques liées au vieillissement, etc.	Nombre et provenance des références vers les CSSS.  Nombre de prises en charge par les CSSS dans les différents programmes services.  Nombre de prises en charge en services spécialisés.	En continu.

## BIBLIOGRAPHIE

ASSS de l'Estrie, Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL), 27 pages.

ASSS de Montréal, Projet d'organisation des services à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger, février 2011, 118 pages.

ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Plan d'implantation régional des orientations ministérielles sur le traumatisme craniocérébral léger, juillet 2008, 70 pages.

ASSS de la Montérégie, plan directeur régional en traumatologie de la Montérégie, janvier 2011, 120 pages.

MSSS, Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, 2005, 133 pages.

Algorithme décisionnel pour la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL, **CLIENTÈLE ADULTE**, avril 2008 et novembre 2011.

Algorithme décisionnel pour la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL, **CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE**, avril 2008 et novembre 2011.

Cassidy, J. David (dir.), Best Evidence Synthesis of Mild traumatic Brain Injury: Results of the Who Collaborating Center for Neurotrauma, Prevention, Management and Rehabilitation Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, Journal of Rehabilitation Medicine, numéro 43 (supplément), 2004.

Bouillé, Suzanne avec la collaboration de Christine Mills, Analyse des traumatismes pédiatriques (0-15 ans et 16-17 ans) de la Montérégie pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, selon le registre des traumatismes du Québec, juillet 2010, 24 pages.

Bouillé, Suzanne, Analyse des traumatismes adultes (16 ans et plus) de la Montérégie pour les années 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, selon le registre des traumatismes du Québec, novembre 2010, 22 pages.