

4

PROTOCOLE D'ENTENTE

entre le

**CONSORTIUM RÉGIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
DE LA MONTÉRÉGIE**

et le

**CONSORTIUM RÉGIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
DE L'ESTRIE**

**IMPLIQUÉS AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE
ADULTE VICTIME
D'UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL
MODÉRÉ OU GRAVE**

Septembre 2009



TABLE DES MATIÈRES

1.	Préambule au protocole d'entente	5
2.	Identification des parties au protocole d'entente.....	5
2.1	Centre montérégien de réadaptation (CMR).....	5
2.2	Agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de l'Estrie	6
2.3	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.....	6
3.	Objets du protocole d'entente	7
4.	Finalités du protocole d'entente	7
5.	Orientation de la clientèle.....	8
5.1	Définition	8
5.2	Cheminement	8
5.2.1	<i>Corridors de services pour les réseaux locaux de services des CSSS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie.....</i>	8
5.2.2	<i>Usager qui refuse d'entreprendre ou de poursuivre jusqu'à terme sa réadaptation fonctionnelle intensive.....</i>	11
6.	Critères de transfert.....	11
6.1	Personne ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.....	11
7.	Mécanismes de communication et de transfert pour la réadaptation au CMR.....	12
7.1	Identification des intervenants pivots	12
7.2	Communication lors de l'admission au CHUS	13
7.3	Communication lors du transfert de l'usager vers la Montérégie.....	13
7.4	Transfert à partir du CHUS vers le CMR.....	13
8.	Retour d'un usager au CHUS	14
8.1	Les complications médicales en cours de RFI.....	14
9.	Offre de services des établissements signataires au protocole d'entente.....	16
10.	Monitoring, suivi de gestion et évaluation.....	18
10.1	Comité de suivi.....	18
11.	Dispositions particulières au protocole d'entente.....	18
12.	Signataires du protocole d'entente.....	19
Figure 1 :	Cheminement de l'usager recevant des services en neurotraumatologie pour les territoires des CSSS de la Haute-Yamaska et du CSSS La Pommeraie	10
Figure 2 :	Finalité et objectifs généraux d'intervention auprès de la clientèle âgée de 16 ans et plus victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.....	17
Annexe 1 :	Balises	23
Annexe 2 :	Listes des informations et documents demandés lors du transfert de l'usager	27
Annexe 3 :	Coordonnées des intervenants	31

1. Préambule au protocole d'entente

- 1.1 Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des établissements participant au continuum de services pour les personnes de 16 ans et plus ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- 1.2 Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant les consortiums d'établissement qui rendent des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- 1.3 Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du continuum de services pour les personnes de 16 ans et plus ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- 1.4 Les Agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de l'Estrie s'engagent à ce que chaque établissement concerné par l'entente signe et applique ladite entente.
- 1.5 Quoique rédigées pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, les modalités de cette entente s'appliquent également à l'ensemble de la clientèle en traumatologie, incluant également les personnes ayant une blessure orthopédique grave (réadaptation interne et externe au CMR) et les personnes ayant une blessure médullaire (réadaptation externe au CMR).

2. Identification des parties au protocole d'entente

2.1 Centre montérégien de réadaptation (CMR)

Le Centre montérégien de réadaptation (CMR) est un centre de réadaptation en déficience physique selon les termes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

Il est un établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et désigné, dans le cadre de cette entente, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour desservir la clientèle victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de la Montérégie. En outre, et compte tenu des corridors de services identifiés dans le cadre du consortium régional en traumatologie, le

CMR offre les services en interne et en externe de réadaptation fonctionnelle intensive et de réadaptation axée sur l'intégration sociale à la clientèle adulte victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

« **Article 84** : La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui en raison de leurs déficiences physiques (...) requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit (...) les personnes présentant une déficience (...), il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leurs soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. » (L.R.Q., chapitre S-4.2)

2.2 Agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de l'Estrie

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont été créées par décret du gouvernement du Québec et détiennent, en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), des responsabilités de planification, de coordination et d'organisation des services, dont la responsabilité est d'établir des liens interrégionaux avec les établissements qui offrent des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.

2.3 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Le *Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)*, établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Centre secondaire régional de traumatologie offrant des soins aigus et des services de réadaptation précoce à l'ensemble de la clientèle de traumatologie.

3. Objets du protocole d'entente

- 3.1** Partager une vision commune concernant les moyens privilégiés par les signataires du protocole d'entente pour améliorer l'offre de services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- 3.2** Établir le partage, entre les consortiums d'établissements signataires du présent protocole d'entente, de l'offre de services consentie aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.
- 3.3** Mettre en place des mécanismes et déterminer les critères assurant la continuité des services (orientation, admission/inscription, fin d'intervention, réadmission, transfert, communication) destinés aux usagers visés par le protocole d'entente.
- 3.4** Instaurer un mécanisme d'amélioration continue (monitorage, suivi de gestion, évaluation) permettant une rétroaction sur les résultats cliniques et organisationnels à l'intérieur de chaque volet du continuum de services destinés aux usagers visés par le protocole d'entente.
- 3.5** Instaurer et soutenir un mécanisme de coordination des services et de suivi du présent protocole d'entente.

4. Finalités du protocole d'entente

- 4.1** Appuyer l'identification des besoins des usagers visés par le présent protocole d'entente et la détermination des interventions en fonction des données probantes et des meilleures pratiques.
- 4.2** Partager des balises communes, présentées à l'annexe 1, afin d'harmoniser les interventions auprès des usagers et d'assurer l'efficacité des ressources et l'efficacité des services.
- 4.3** Traiter équitablement l'ensemble des usagers visés par le protocole d'entente, indépendamment de l'agent-payeur.
- 4.4** Créer un corridor de services (moyen retenu par les parties signataires au protocole d'entente) pour répondre de manière complémentaire, continue et coordonnée aux besoins des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral.

-
- 4.5 Développer un esprit de solidarité interrégionale dans l'atteinte des finalités du présent protocole d'entente et dans l'amélioration continue des moyens mis en œuvre pour atteindre ces finalités.

5. Orientation de la clientèle

5.1 Définition

La clientèle desservie est constituée des personnes âgées de 16 ans et plus de la Montérégie, victime d'un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave.

Nous entendons par TCC « *une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives, associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est temporaire ou permanente avec des limitations physiques, neurologiques, psychologiques, ou psychosociales partielles ou totales.* » (MSSS, Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, 1999, p. 10-11).

5.2 Cheminement

Le cheminement des adultes de la région de la Montérégie est défini en fonction de leurs besoins spécifiques, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements signataires du présent protocole.

5.2.1 Corridors de services pour les réseaux locaux de services des CSSS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie

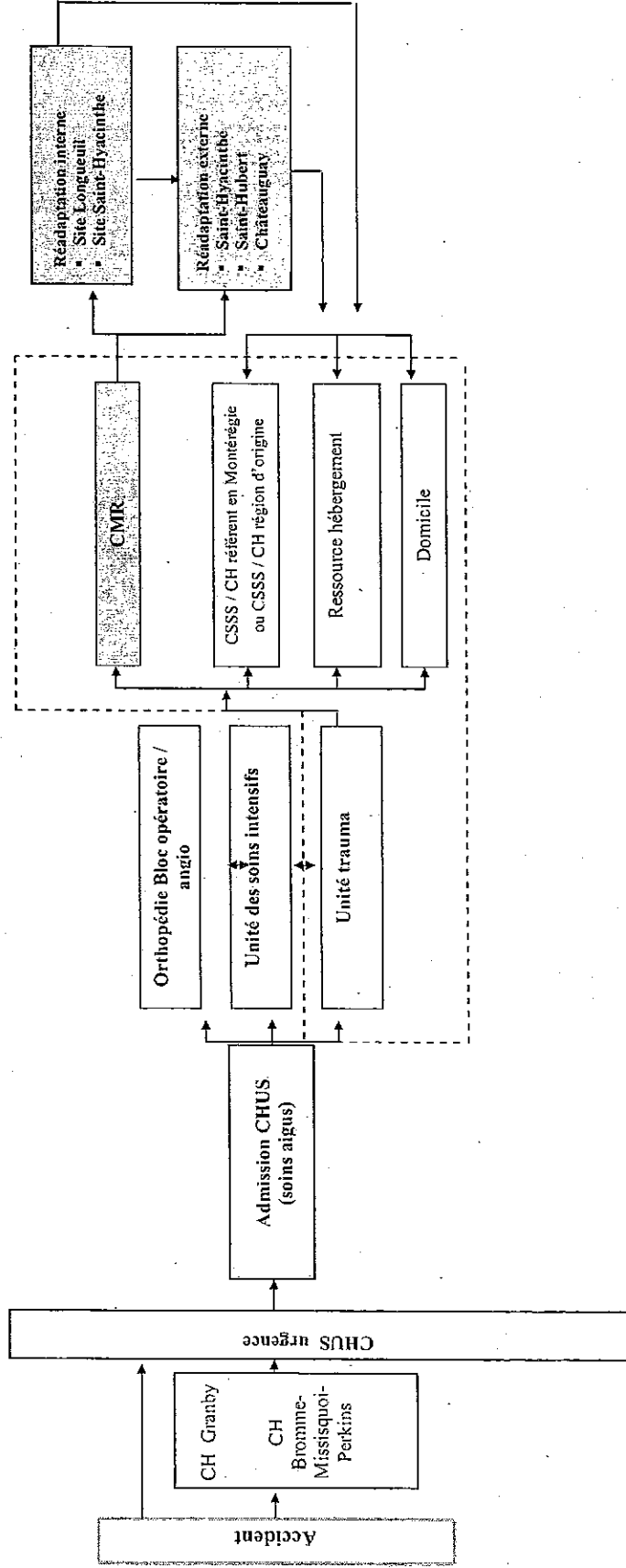
- Les adultes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave provenant des territoires du CSSS de la Haute-Yamaska et du CSSS La Pommeraie, doivent être orientés vers le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke dans un délai zéro de transfert selon les modalités prévues au protocole de transfert en traumatologie. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke dispense les soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce.
- Les usagers ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, traités au CHUS et stabilisés sur le plan médical, sont orientés vers le CMR et pris en charge dans un délai zéro pour la phase de réadaptation fonctionnelle intensive.

-
- Le CHUS peut orienter un usager venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, stabilisé sur le plan médical, ne nécessitant plus de services de soins aigus, vers les ressources de sa région d'origine, si cet usager ne répond pas aux critères de transfert en réadaptation au CMR. Dans ce cas, un contact peut être fait entre les deux établissements afin d'identifier les options alternatives et fournir l'information requise en lien avec la connaissance des ressources du territoire.
 - Le CMR s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer une prise en charge clinique, dans un délai zéro des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

Ce corridor de services prévoit que le cheminement de la clientèle est bidirectionnel et il lui permet, à toutes les étapes et dans le respect des critères d'orientation et des modalités de transfert, de revenir dans un établissement signataire du présent protocole afin d'y recevoir les soins et les services requis par sa condition.

La figure 1 illustre le cheminement de la clientèle visée pour ce corridor de services :

Figure 1 : Cheminement de l'utilisateur recevant des services en neurotraumatologie pour les territoires des CSSS de la Haute-Yamaska et du CSSS La Pommerai.



5.2.2 Usager qui refuse d'entreprendre ou de poursuivre jusqu'à terme sa réadaptation fonctionnelle intensive.

- Les établissements signataires du protocole d'entente doivent travailler solidairement afin d'inciter tous les usagers visés à entreprendre et à poursuivre jusqu'à terme leur réadaptation fonctionnelle intensive.

- S'il y a refus de la part d'un usager apte à consentir, ou de son représentant, d'entreprendre sa réadaptation fonctionnelle intensive au CMR, le CHUS informe immédiatement le CMR. Les deux établissements déterminent ensemble les moyens d'informer l'usager de l'importance d'entreprendre sa réadaptation fonctionnelle intensive, tout en respectant le refus de l'usager et les règles de confidentialité. Le CMR pourra communiquer les coordonnées de l'Association des traumatisés craniocérébraux de la Montérégie à l'usager advenant le cas où celui-ci veuille se prémunir de ce service.

6. Critères de transfert

Les parties au présent protocole d'entente conviennent d'évaluer les critères cliniques retenus pour déterminer la fin de l'intervention des soins aigus et de réadaptation précoce.

6.1 Personne ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

- 6.1.1 Une personne âgée de plus de 16 ans ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave pourra être transférée au CMR, si elle satisfait les critères suivants :
- Condition médicale stable :
 - hémodynamiquement stable
 - respiration autonome (pas de respirateur)

 - Évolution satisfaisante de la condition neurologique à la Tomodensitométrie cérébrale.

 - Présence d'incapacités ayant un impact sur la reprise des habitudes de vie antérieure à l'accident et sur la capacité à assumer ses rôles sociaux.

- Condition générale de l'utilisateur et ses proches requérant des interventions de la part d'une équipe multidisciplinaire spécialisée auprès de la clientèle TCC.
- Potentiel d'amélioration dans la réalisation de ses habitudes de vie.
- Niveau d'éveil au moins à 3 à l'échelle de Rancho.

*** un client ne présentant pas les trois derniers critères, qui aurait davantage un profil pour une orientation en ressource d'hébergement, mais dont la famille souhaiterait un retour à domicile, pourrait être orienté vers le CMR afin de permettre ce retour au domicile. Toutefois, cette orientation spécifique doit être convenue d'un commun accord entre les deux établissements.

7. Mécanismes de communication et de transfert pour la réadaptation au CMR (coordonnées des intervenants à l'annexe 3)

Les parties au présent protocole d'entente conviennent de la nature des informations et des modalités techniques de transmission lors des communications entre le CHUS et le CMR pour la phase de réadaptation fonctionnelle intensive (interne et externe).

7.1 Identification des intervenants pivots

- 7.1.1 Pour la région de l'Estrie, la fonction d'intervenant pivot sera assumée par le CHUS; l'intervenant pivot sera la « porte d'entrée » pour une demande, soit de retour (admis ou inscrit), soit de consultation en deuxième expertise.
- 7.1.2 Pour la région de la Montérégie, la fonction d'intervenant pivot sera assumée par le CMR. L'intervenant pivot sera la « personne de référence » du CHUS pour planifier et assurer le transfert de l'utilisateur vers sa région d'origine pour les services d'adaptation et de réadaptation.
- 7.1.3 Les établissements concernés font connaître aux parties du présent protocole d'entente, les intervenants qui assument les fonctions d'intervenant pivot au moment de sa signature, en décrivant les modalités organisationnelles (nom de la personne, horaire, remplacement) et de communication (téléphone, télécopieur,

adresse internet) retenues pour actualiser la fonction d'intervenant pivot et s'assurent de maintenir à jour les informations.

7.2 Communication lors de l'admission au CHUS

- 7.2.1 L'intervenant pivot du CHUS informe l'intervenant pivot du CMR du nom de la personne qui vient d'être admise au CHUS pour un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. Il lui transmet la fiche d'admission de l'utilisateur, suite à l'autorisation de la famille ou de l'utilisateur apte à consentir.
- 7.2.2 Dès que le pronostic est favorable à la réadaptation, l'intervenant pivot du CHUS transmet les documents cliniques pertinents à l'intervenant pivot du CMR, avec l'autorisation de la famille ou de l'utilisateur apte à consentir (annexe 2, Listes des informations et documents demandés lors du transfert de l'utilisateur).

7.3 Communication lors du transfert de l'utilisateur vers la Montérégie

- 7.3.1 Le plus tôt possible, l'intervenant pivot du CHUS communique avec l'intervenant pivot du CMR afin que ce dernier puisse amorcer les démarches préparatoires au retour de l'utilisateur en Montérégie.
- 7.3.2 Une fois la date de fin des interventions auprès de l'utilisateur connue, l'intervenant pivot du CHUS communique avec l'intervenant pivot du CMR afin que ce dernier puisse organiser un retour, dans un délai zéro, de l'utilisateur en Montérégie.

7.4 Transfert à partir du CHUS vers le CMR

- 7.4.1 Une fois la planification du transfert réalisée, un utilisateur ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave et répondant aux critères de fin d'intervention est transféré directement du CHUS vers le CMR, selon les modalités suivantes :
- Un appel téléphonique est fait par l'intervenant pivot du CHUS à l'intervenant pivot du CMR pour déterminer la date et les modalités du départ;
 - Suite à l'appel téléphonique, le CHUS confirme le transfert de l'utilisateur au CMR, accompagné des documents complétant le dossier de l'utilisateur.

8. Retour d'un usager au CHUS

Les parties au présent protocole d'entente conviennent des informations et des modalités techniques de transmission de ces informations lors du retour d'un usager au CHUS (admis ou inscrit).

8.1 Les complications médicales en cours de RFI

Dans le cas où le client présente des complications médicales, le médecin du programme gère la situation ou réfère aux spécialistes requis (déjà impliqués ou autres). Si la condition liée au TCC de l'utilisateur se détériore et nécessite une hospitalisation, il retourne à la phase de soins aigus du centre de traumatologie référent. Pour l'utilisateur dont la cause de l'hospitalisation n'est pas liée au TCC, il est orienté au CH de sa région.

8.1.1 Retour à la phase de soins aigus du CHUS pour un client qui arrive de l'URFI du CMR :

- Lorsqu'un usager pris en charge par le CMR présente un besoin d'ordre médical nécessitant une consultation ou l'admission d'un usager au centre hospitalier, le médecin du CMR évalue d'abord la nature de l'intervention requise, soit :
 - le degré de sévérité de la condition de l'utilisateur
 - l'urgence d'intervenir

Pour une référence médicale régulière en lien avec le TCC

Le médecin du CMR achemine une demande de consultation externe au spécialiste concerné du CHUS.

Pour une référence médicale urgente en lien avec le TCC

1. Le médecin du CMR communique avec le médecin traitant de l'utilisateur, soit le médecin spécialiste ayant admis l'utilisateur au moment de l'accident;
2. En cas de difficulté à rejoindre un médecin du CHUS pouvant assurer une prise en charge de l'utilisateur, le médecin du CMR communique avec le médecin traumatologue de garde (annexe 3);
3. Après communication avec un médecin du CHUS, si la condition de santé de l'utilisateur requiert une intervention d'ordre vitale pour l'utilisateur, il est dirigé vers le service d'urgence par le médecin du CMR.

- **Si un usager est réadmis**, le médecin du CMR informe l'intervenant pivot du CHUS afin d'assurer un suivi de réadaptation approprié auprès de l'usager.
- le lit de l'usager en réadaptation est maintenu ouvert pour faciliter le retour; le nombre de jours étant tributaire de la disponibilité.
- au congé de la phase de soins aigus, l'intervenant pivot du CHUS contacte l'intervenant pivot du CMR pour l'aviser du congé médical de l'usager et achemine un résumé de dossier.

8.1.2 Retour à la phase de soins aigus du CHUS pour un client suivi en externe :

- Lorsqu'un usager pris en charge par le CMR présente un besoin d'ordre médical nécessitant une consultation ou l'admission d'un usager au centre hospitalier, le médecin du CMR évalue d'abord la nature de l'intervention requise, soit :
 - le degré de sévérité de la condition de l'usager
 - l'urgence d'intervenir

Pour une référence médicale régulière en lien avec le TCC

Le médecin du CMR achemine une demande de consultation externe au spécialiste concerné du CHUS.

Pour une référence médicale urgente en lien avec le TCC

1. Le médecin du CMR communique avec le médecin traitant de l'usager, soit le médecin spécialiste ayant admis l'usager au moment de l'accident;

2. En cas de difficulté à rejoindre un médecin du CHUS pouvant assurer une prise en charge de l'usager, le médecin du CMR communique avec le médecin traumatologue de garde.

3. Après communication avec un médecin du CHUS, si la condition de santé de l'usager requiert une intervention d'ordre vitale pour l'usager, il est dirigé vers le service d'urgence par le médecin du CMR.

→ **Si des difficultés sont envisagées lors du suivi médical externe au CHUS**, le médecin du CMR informe l'intervenant pivot afin d'assurer un suivi de réadaptation approprié auprès de l'usager. Dans ce contexte, l'intervenant pivot du CHUS communique au besoin avec l'intervenant pivot du CMR pour préciser les interventions médicales réalisées au CHUS. Un résumé de dossier pourrait être transmis.

8.1.3 Hospitalisation au CH de sa région

Le client dont la condition requiert des soins ou investigations pour une raison autre que le TCC est orienté vers le CH de sa région.

- Si nécessaire, les intervenants se communiquent entre eux les informations pertinentes;
- si nécessaire, un résumé de dossier d'hospitalisation est demandé par les intervenants du programme.

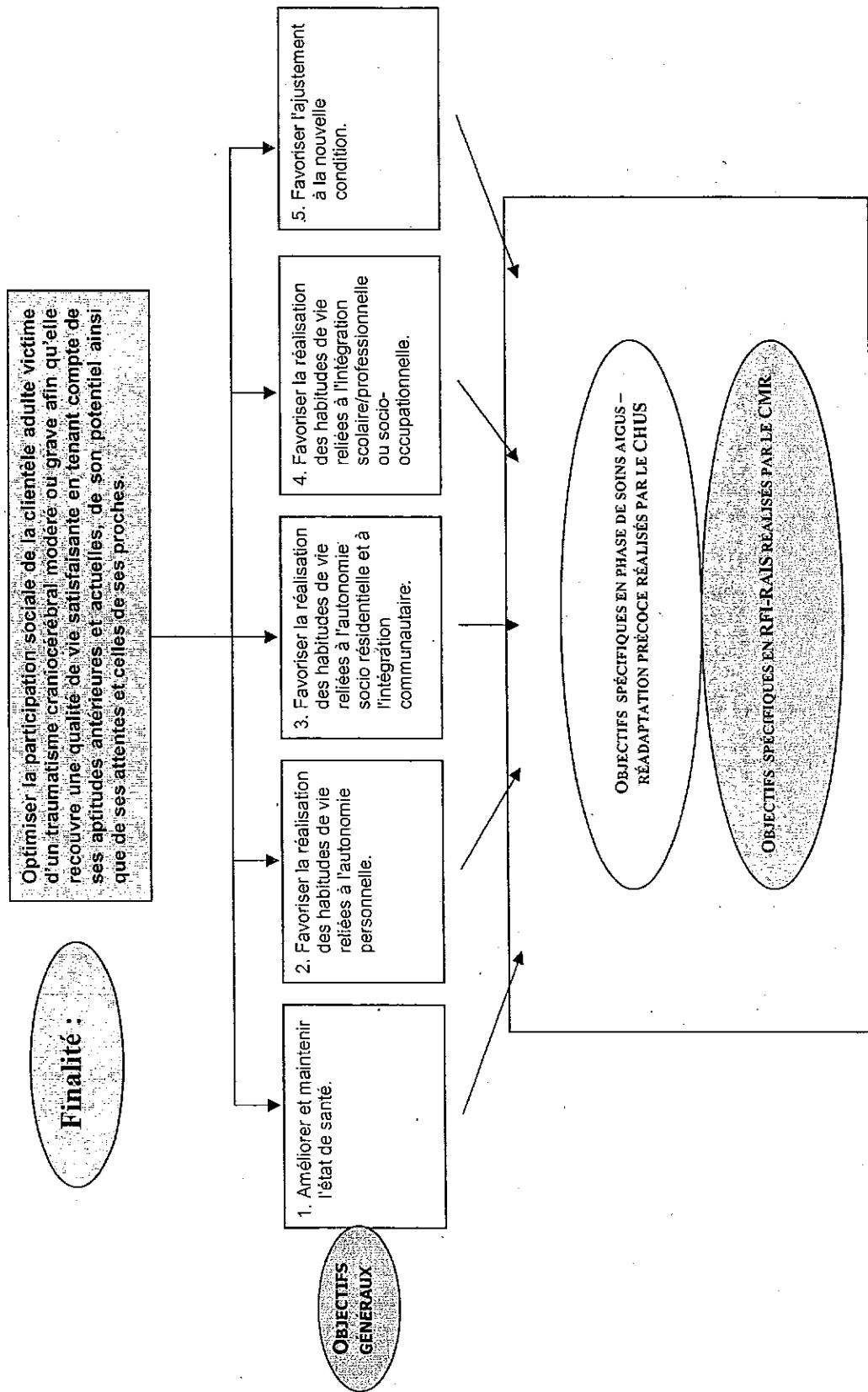
9. Offre de services des établissements signataires au protocole d'entente

Les parties au présent protocole d'entente conviennent de préciser certains aspects de l'offre de services à l'intention des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

9.1 L'offre de services aux personnes visées par le protocole d'entente s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements signataires du protocole d'entente ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent, conformément à l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du gouvernement du Québec.

La figure suivante illustre la finalité et les objectifs généraux d'intervention auprès de la clientèle âgée de 16 ans et plus victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

Figure 2 : Finalité et objectifs généraux d'intervention auprès de la clientèle âgée de 16 ans et plus victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.



Protocole d'entente entre le Consortium régional des établissements de la Montérégie et le Consortium régional des établissements de l'Estrie impliqués auprès de la clientèle adulte victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave

10. **Monitoring, suivi de gestion et évaluation**

10.1 *Comité de suivi*

- Les parties au présent protocole d'entente conviennent de définir, d'implanter et de supporter un mécanisme d'amélioration continue (monitorage, suivi de gestion, évaluation) permettant une rétroaction sur les résultats cliniques et organisationnels.
- Les parties au présent protocole d'entente constitueront un comité de suivi des régions de l'Estrie et de la Montérégie.
- Le comité précité a le mandat d'appliquer le présent protocole d'entente et d'en assurer le suivi. Il s'assure de fournir une réponse aux nouvelles problématiques vécues par les usagers visés par le présent protocole d'entente.
- Le *Comité de suivi des régions de l'Estrie et de la Montérégie* est composé des parties au présent protocole d'entente et la fréquence des réunions est d'au moins deux fois par année. Des comités de travail pourraient en découler pour discuter de problématiques particulièrement cliniques

11. **Dispositions particulières au protocole d'entente**

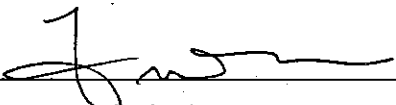
- Le présent protocole prend effet à la date de la signature. Sa durée est de trois ans.
- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole, par un avis écrit et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.
- Toutefois, le présent protocole pourrait, à terme, selon la volonté des parties concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties, et ce, automatiquement pour une période d'un an.

12. Signataires du protocole d'entente

Les signataires du protocole d'entente sont :

CONSORTIUM D'ÉTABLISSEMENTS DE LA MONTÉRÉGIE OFFRANT DES SERVICES AUX PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL

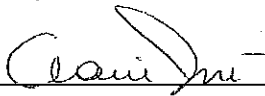
- Centre montérégien de réadaptation (CMR)



Directeur général

Date : 22 janvier 2010

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM)

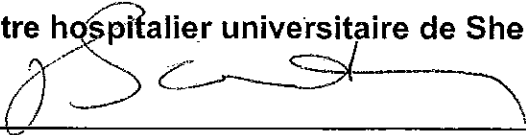


Présidente-directrice générale

Date : 18 février 2010

**CONSORTIUM D'ÉTABLISSEMENTS DE L'ESTRIE OFFRANT DES SERVICES AUX PERSONNES
AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL**

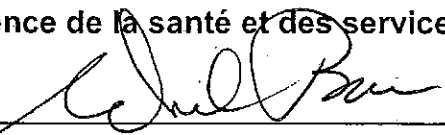
- **Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke**



Directrice générale

Date : 8/2/09

- **Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSSE)**



Président-directeur général

Date : 28 sept 2009

Annexe 1

BALISES

Balises

Extrait du document : MSSS, *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral*, Québec, 7 juillet 1999, p. 28-29.

1.1. Liés à la personne

- 1.1.1. L'utilisateur et son réseau naturel de soutien constituent le point de référence pour l'organisation des services.
- 1.1.2. L'approche préconisée vise la réduction des incapacités « le maintien des acquis » et le retour de la personne à une vie active dans sa communauté.
- 1.1.3. Les modalités d'intervention doivent s'inscrire dans une approche pédagogique afin d'assurer la participation active des personnes et de leurs proches au plan de services et l'assimilation durable des acquis de la réadaptation.

1.2. Liés à l'organisation des services

- 1.2.1. L'organisation des services doit se réaliser dans le respect de l'autonomie des régions et des responsabilités qui leur sont dévolues.
- 1.2.2. L'organisation des services doit se réaliser tout au long du continuum dans un partage des responsabilités entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels (éducation, travail, transport, etc.).
- 1.2.3. L'organisation des services doit permettre l'intégration et la complémentarité des différents niveaux d'intervention et favoriser, de plus, l'imputabilité des acteurs en fonction de leurs responsabilités dans le continuum de services.
- 1.2.4. La responsabilité des Agences de la santé et des services sociaux et des dispensateurs de services est maintenue à l'égard des citoyens de leur région lorsque ces derniers doivent aller chercher des services spécialisés ou surspécialisés à l'extérieur de leur région.
- 1.2.5. La désignation d'établissements pour effectuer des tâches spécifiques à l'intérieur du corridor de services est faite en fonction de l'expertise requise en rapport avec les besoins de la clientèle.
- 1.2.6. La planification des services doit statuer sur la nécessité de concentrer l'expertise en fonction :

- du niveau d'expertise requis pour répondre aux besoins de la personne, à une étape précise et à l'intérieur d'un ensemble spécifique de services;
- des plateaux techniques spécialisés requis;

1.3. Liés aux facteurs cliniques

- 1.3.1. La planification et la coordination des services doivent se réaliser par le biais des plans de services individualisés dans une approche interdisciplinaire.
- 1.3.2. L'approche interdisciplinaire préconisée implique une coordination des interventions des professionnels de toutes les disciplines ayant les besoins des clients au centre de leurs préoccupations.
- 1.3.3. Les interventions doivent être orientées vers une diminution des déficiences, des incapacités ainsi que vers une réduction des situations de handicap, dans le but d'assurer une participation sociale optimale.
- 1.3.4. Le plan d'intervention doit considérer le client dans sa globalité en tenant compte des besoins immédiats de services et des besoins ultérieurs à combler. Ceci implique que les intervenants devront être sensibilisés aux caractéristiques du cheminement du client dans les étapes antérieures et ultérieures de son traitement.
- 1.3.5. La vision d'un cheminement optimal de l'utilisateur dans le continuum de services doit régir le déroulement des diverses étapes de l'intervention. Une adéquation entre les niveaux d'expertise requis et les besoins des clientèles selon l'étape du continuum doit guider le développement de l'expertise clinique.
- 1.3.6. L'évaluation continue des services et des interventions dispensées au client doit permettre des ajustements constants pour assurer que les programmes mis en place répondent aux besoins des personnes visées par le continuum.

Annexe 2

*Listes des informations et
documents demandés
lors du transfert de l'utilisateur*



Centre montérégien de réadaptation
Programme régional de traumatologie adulte

Documents nécessaires pour l'admission et l'inscription au CMR **Programme régional de traumatologie adulte.**

Pour admission au CMR, URFI (unité réadaptation fonctionnelle intensive)
Urfi site Longueuil, Urfi site Saint-Hyacinthe

Pour inscription au CMR, RFI externe :
Point de service St-Hubert, St-Hyacinthe et Châteauguay

Correspondance

Contenu du dossier pré-admission nécessaire à l'analyse des besoins de réadaptation et à l'admissibilité au CMR

- Collecte de données (incluant le rapport ambulancier si disponible), notes d'observation de l'infirmière et notes d'évolution médicales des dernières 72 heures ;
- Formulaire de référence interétablissements (incluant la date prévue du congé) ;
- Copies des consultations médicales et professionnelles ;
- Évaluations professionnelles incluant les notes d'évolution et les résultats des outils de mesure communs choisis par les partenaires (à déterminer par les professionnels)
- Synthèse du profil d'autonomie fonctionnel ;
- Dépistage TCC si disponible;
- Tests de laboratoire, radiologie (radiographie, scan, RMN, etc.);
- Protocoles opératoires si disponibles;
- Liste des médicaments actuels.

Contenu du dossier, de la personne référée, lors du transfert

- La feuille sommaire;
- Le plan de soins infirmiers (identification claire de particularités telles que le gavage, les contentions);
- Le registre d'administration des médicaments des dernières 24 heures;
- Les résultats des tests de laboratoire et de diagnostics pertinents;
- Les ordonnances médicales de départ, si nécessaire;
- La mise à jour des notes d'évolution médicales;
- La mise à jour des évaluations professionnelles incluant les derniers résultats;
- La liste des rendez-vous médicaux à venir (date, endroit, nom du médecin);
- Dépistage SARM et ERV le plus récent (au besoin communication téléphonique pour aviser de tous changements suite aux résultats écrits);
- Synthèse du profil d'autonomie fonctionnel.

Le complément du dossier devra parvenir au CMR lors du congé du client, et ce, par l'établissement référent ayant fourni les documents pré-admission.

Merci de votre collaboration.

Annexe 3

Coordonnées des intervenants

Coordonnées des intervenants

Médecins traumatologues de garde au CHUS

Dre Colette Luneau	Page : 6451
Dr Alexandre Tsanaclis	Page : 7403

Intervenant pivot au CHUS

Hélène Dorval : Téléphone : 819 346-1110, poste 15162

URFI Saint-Hubert

Céline Constantineau, coordonnatrice clinique
Programme de traumatologie adulte – Saint-Hubert
Téléphone : 450 676-7447, poste 2269
Sans frais : 1 800 667-4369

URFI Saint-Hyacinthe

Dave Boudreault, coordonnateur clinique
Programme de traumatologie adulte – Saint-Hyacinthe
Téléphone : 450 774-5003, poste 2634
Sans frais : 1 888 999-4807

Demande URFI externe

Service accueil/admission/archives
Centre montréalais de réadaptation
Téléphone : 450 676-7447
Sans frais : 1 800 667-4369

