

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**PROJET D'ORGANISATION DES
SERVICES À L'INTENTION DES
MONTRÉALAIS AYANT SUBI
UN TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER**

2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**PROJET D'ORGANISATION DES
SERVICES À L'INTENTION DES
MONTRÉALAIS AYANT SUBI
UN TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER**

Juin 2011

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

Québec 

Coordination

Françoise Alarie, chef du service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation
Direction ressources humaines, information, planification et affaires juridiques
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Rédaction

Lise Lacaille, conseillère aux établissements
Michelle Gadoury, conseillère aux établissements

Ce document est réalisé avec la collaboration de
Margarida de Andrade et Corinne Van Den Boosche, agentes administratives

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Direction ressources humaines, information, planification et affaires juridiques
Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

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

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition
d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011

ISBN 978-2-89510-746-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-747-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

À la section « Publications de l'Agence » du site Internet : <http://agence.santemontreal.qc.ca/>

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
LEXIQUE	6
REMERCIEMENTS.....	7
SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	8
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE : LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2005	12
DONNÉES SCIENTIFIQUES PROBANTES.....	15
ÉTAT DE SITUATION.....	18
OBJECTIFS RÉGIONAUX	35
LA TRAJECTOIRE DE SERVICES RETENUE	37
LE PROCESSUS RÉGIONAL DE MONITORAGE, DE SUIVI, DE GESTION ET D'ÉVALUATION	49
LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES.....	54
LE PLAN D'IMPLANTATION TRIENNAL DU PROJET RÉGIONAL – 2011 - 2014	57
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	68
ANNEXE 1 – REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LE TCCL RÉALISÉE EN 2009	70
ANNEXE 2 – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DU MINISTÈRE	79
ANNEXE 3 – DÉFINITION DES FONCTIONS CLINIQUES.....	82
ANNEXE 4 – CONSORTIUMS DE L'OUEST DU QUÉBEC	86
ANNEXE 5 – LISTE DES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AU TCCL	88
ANNEXE 6 – DONNÉES DE LA BANQUE CROISÉE DE MED-ÉCHO ET DE LA RAMQ.....	90
ANNEXE 7 – DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE TRAUMATOLOGIE	101
ANNEXE 8 – LISTE DES VARIABLES DANS W-STAT	113
ANNEXE 9 – CRITÈRES DE TRANSFERT	117
ANNEXE 10 – CADRE DE RÉFÉRENCE SERVICES POSTHOSPITALIERS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE ET SOINS SUBAIGUS POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL	119

LEXIQUE

AIS	<i>Abbreviated Injury Score</i>
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
CHNT	Centre hospitalier de neurotraumatologie
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-9 et 10	Classification internationale des maladies – version 9 et 10
CR	Clinique réseau
CRI	Clinique réseau intégrée
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DMS	Durée moyenne de séjour
Dx	Diagnostic
GLASGOW	Échelle de coma de Glasgow
GMF	Groupe de médecine de famille
HPS	Heure de prestation de services
HV	Habitude de vie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAIS	Réadaptation axée sur l'insertion sociale
RF	Référence
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
TASK FORCE	<i>World Health Organization Task Force on Mild Traumatic Brain Injury</i>
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TDM	Tomodensitométrie
TGC	Trouble grave du comportement

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) tient à remercier les membres du comité pour leur participation à l'élaboration de ce document, ainsi que pour leur engagement et leur disponibilité au cours du processus.

Madame Françoise **Alarie**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, coordonnatrice du comité en remplacement de Madame Michèle Bérubé

Dr François **Bertrand**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Madame Michèle **Bérubé**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, coordonnatrice du comité

Madame Monique **Blondin**, CHU Sainte-Justine

Madame Audrey **Bouchard**, CSSS de l'Ouest-de-l'Île (mission CLSC)

Madame Nancie **Brunet**, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Monsieur Jacques **Drolet**, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Madame Mitra **Feyz**, CUSM-Hôpital général de Montréal

Madame Josée **Filion**, CSSS du Cœur-de-l'Île-Hôpital Jean-Talon

Madame Debbie **Friedman**, CUSM-Hôpital de Montréal pour enfants

Madame Michelle **Gadoury**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, responsable du dossier

Madame Nicolina **Gesualdi**, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Dr Jean-François **Giguère**, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Dr José **Jilwan**, CSSS du Cœur-de-l'Île-Hôpital Jean-Talon

Madame Helen **Kocilowicz**, CUSM-Hôpital de Montréal pour enfants

Dr Irwin **Kuzmarov**, Hôpital Santa Cabrini

Madame Bonita **Laau**, Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine

Dre Marie **Laberge-Malo**, CHU-Sainte-Justine

Madame Lise **Lacaille**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en remplacement de Madame Michelle Gadoury

Monsieur Jocelyn **Lavallée**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Madame Kateri **Leclair**, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Madame Caroline **Perruchot**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Madame Marie **St-Amour**, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Madame Sylvie **St-Pierre**, Hôpital Santa Cabrini

Dr Simon **Tinawi**, CUSM-Hôpital général de Montréal

Madame Sandra **Winter**, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Madame Francine **Quenneville**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Nous remercions les personnes suivantes qui ont également collaboré à cette démarche :

Dre Nicole **Brière**, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Madame Caroline **Caron**, CSSS du Cœur-de-l'Île-Hôpital Jean-Talon

Madame Marik **Danvoye**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Dre Isabelle **Gagnon**, CUSM-Hôpital de Montréal pour enfants

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Par la publication en 2005 de son document intitulé *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010*, le Ministère propose des balises cliniques et organisationnelles pour optimiser l'offre de service pour la clientèle avec un traumatisme craniocérébral léger (TCCL). Pour la personne atteinte, on vise la réduction de l'incapacité et de situations de handicaps potentielles découlant du TCCL.

Même si la majorité des personnes atteintes a un pronostic favorable, rappelons que la finalité du processus d'intervention est de repérer le petit nombre d'individus qui présente un risque de complications médicales graves ou fonctionnelles persistantes, de leur offrir, sans égard à la présence d'un tiers payeur, des services pour éviter les rares cas de décès ou des interventions préventives pour empêcher la pérennisation des plaintes ou encore des services de réadaptation spécialisés aux quelques individus qui le requièrent.¹

Le mandat

Le Ministère a confié le mandat aux Agences de la santé et des services sociaux de chaque région du Québec d'élaborer un projet régional d'organisation des services à l'intention de cette clientèle. Pour ce faire, l'Agence de Montréal a mis sur pied en janvier 2009 un comité de travail formé des partenaires concernés par la démarche. Les travaux consistaient à recommander aux instances décisionnelles régionales une trajectoire de services pour les Montréalais victimes d'un TCCL, en fonction des attentes ministérielles, des caractéristiques de la région et dans le respect des responsabilités dévolues aux entités concernées par le projet d'organisation des services.

Le projet régional d'organisation des services

Le projet régional se structure autour des cinq zones d'amélioration ciblées par le Ministère :

1. *Le repérage* : identification par le secteur médical ou préhospitalier des cas pouvant présenter un TCCL en utilisant les signes et symptômes du patient
2. *Le diagnostic* : poser le bon diagnostic à partir des algorithmes ministériels et identifier les facteurs de complication afin de bien orienter la personne selon les critères de transfert en traumatologie
3. *Le pronostic* : évaluation de l'ampleur potentielle des séquelles et complications fonctionnelles notamment chez les personnes âgées qui sont plus à risque
4. *L'intervention préventive* (Fonctions I, II et III)
 - a. Une ou deux relances ou entrevues téléphoniques ou sinon des entrevues dirigées en face-à-face (Fonctions I et II)
 - b. En fonction III, on ajoute des entrevues afin de cibler des stratégies pour contrer l'impact des facteurs de risque et procéder à la reprise des activités usuelles
5. *L'Orientation* : choix du type de services et de partenaires requis lorsque la récupération atypique le nécessite (CR, autre programme-service, etc.)

¹ Les orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, p. 35.

Le projet régional comprend les éléments suivants :

- Un état de situation sur la capacité régionale actuelle d'offrir des services aux personnes victimes d'un TCCL ;
- Les objectifs régionaux poursuivis en fonction des cinq zones d'amélioration ;
- La trajectoire régionale de services retenue pour les personnes victimes d'un TCCL et les responsabilités dévolues à chaque partenaire engagé dans la trajectoire ;
- Le processus de reddition de comptes régional concernant le niveau d'atteinte des objectifs régionaux et l'efficacité de la trajectoire de services, selon une approche d'amélioration continue de l'organisation des services ;
- Les modalités de coordination régionale des services et des ressources engagées dans la trajectoire de services ;
- Les modalités permettant d'assurer la continuité des soins et une accessibilité équitable aux services requis indépendamment de la présence d'un agent payeur ;
- Un plan d'implantation triennal du projet régional ;
- Les mesures qui seront prises pour maintenir et développer la compétence des cliniciens engagés dans la trajectoire de services, ainsi que les mesures pour diffuser les connaissances auprès des différents partenaires.

Constats régionaux

Montréal, comme toutes les régions du Québec, présente diverses lacunes dans l'offre de service destinée aux personnes ayant un TCCL. Des difficultés ont été relevées à chacune des étapes du processus clinique (repérage, diagnostic, pronostic, intervention préventive et orientation). De plus, des problèmes d'accès, des délais indus, un manque d'expertise, des iniquités entre les clientèles avec un tiers payeur et un manque de ressources caractérisent aussi l'état de situation sur le territoire de Montréal. Précisons que la situation diffère en fonction du type d'établissement. Si les établissements qui composent le consortium montréalais pour les personnes victimes d'un TCC offrent pour la plupart une gamme complète de services, il en va tout autrement à l'extérieur du réseau de la traumatologie. Les difficultés mentionnées y sont amplifiées et les liens bidirectionnels qui devraient unir les différents niveaux de services ne sont pas fluides ni fonctionnels.

Modèle retenu pour les Montréalais

La région de Montréal a choisi un modèle mixte qui partage les responsabilités entre les différents partenaires mais en concentre la majorité en neurotraumatologie. Ces établissements assument déjà ces fonctions pour une partie importante de la clientèle montréalaise ainsi que pour celle en provenance d'autres régions. Ces centres présentent donc les avantages de posséder l'expertise en la matière ainsi que des équipes interdisciplinaires déjà dédiées à ces fonctions.

Les grands axes pour la réorganisation des services

1. Concentration des références dans le consortium montréalais en neurotraumatologie :
 - a. Dans les CHNT pour les premiers 3 mois;

- b. Après 3 mois, s'il s'agit de complications fonctionnelles, référence aux CR ou aux établissements du réseau ;
2. Utilisation conforme et systématique des outils disponibles (échelle de Glasgow, TDM, liste des signes et symptômes, celle des facteurs de risque de complications médicales et fonctionnelles) ;
3. Référence aux nouveaux algorithmes et formulaires (algorithmes ministériels, algorithmes montréalais, formulaire de référence et de consultation, etc.).

Afin d'actualiser ces grands axes, nous miserons sur :

1. La formation ;
2. Le soutien de la 2^e vers la 1^{re} ligne ;
3. La création d'outils de référence interétablissement et de protocoles ;
4. Le monitoring et la reddition de compte.

Le volet interrégional

Au plan interrégional, les consortiums d'établissements de l'ouest du Québec amènent une forte consommation de services à Montréal par des personnes en provenance d'autres régions. Pour certains centres de neurotraumatologie qui reçoivent un plus grand nombre de transferts, ceci peut représenter plus de 70 % de leur clientèle avec un TCCL. Comme le prévoit les orientations ministérielles, les régions devront développer leur modèle d'organisation des services et rapatrier cette clientèle une fois la phase de stabilisation médicale complétée en centre tertiaire (évaluation et gestion du risque de complications médicales graves).

Les impacts attendus du nouveau modèle régional

Le nouveau modèle montréalais retenu aura probablement des répercussions sur les ressources humaines dans les centres de neurotraumatologie. Les ressources financières et humaines devront être adaptées selon l'accroissement du volume de clients qui seront référés à ces établissements. Par ailleurs, le rôle actuel de suppléance exercé par ces centres pour les régions périphériques de Montréal devra également être transféré de façon graduelle aux régions concernées. Cela libèrera des ressources dans les centres de neurotraumatologie pour absorber l'afflux éventuel de clientèle en provenance des autres partenaires de Montréal (CSSS, GMF, CHSGS, clinique réseau, clinique privée, etc.).

Le plan d'implantation triennal 2011-2014

Le plan d'implantation reprend les objectifs visés en fonction des problématiques identifiées à l'égard de chaque cible d'amélioration formulée dans les orientations ministérielles. Le plan présente aussi les stratégies et les moyens retenus pour atteindre les objectifs ainsi que les responsables et collaborateurs associés à la réalisation des actions qui en découlent. Enfin, les résultats ciblés et les indicateurs d'atteinte des résultats ainsi que les échéanciers complètent le plan d'implantation.

Le monitoring et la reddition de compte

Un processus régional annuel de reddition de comptes sur le niveau d'atteinte des objectifs régionaux et l'efficacité de la trajectoire a été élaboré. Un tableau de bord a été construit, en

collaboration avec les établissements concernés, à partir des systèmes de données existants. Aussi un monitoring de nature plus qualitative est prévu pour assurer le suivi du plan d'implantation.

L'instance de coordination au plan régional

Le comité régional de traumatologie est l'instance de coordination régionale, responsable de l'implantation des paramètres d'organisation des services pour la traumatologie dont fait partie la clientèle TCCL. Il assure le suivi de l'application de la trajectoire de services et prend les moyens pour augmenter l'efficacité des soins et des services dispensés à cette clientèle.

Conclusion

Le document a été soumis à un vaste processus de consultation auprès de l'ensemble des partenaires montréalais et de ceux d'autres régions qui s'est terminé en janvier 2011. L'Agence a reçu une quinzaine d'avis écrits, notamment en provenance de deux agences en périphérie de Montréal et de deux CSSS montréalais. Elle a aussi recueilli les commentaires de ses instances professionnelles lors de rencontres de consultation (CMUR, CIR, Table des chefs de département de médecine spécialisée, etc.).

La version actuelle du document contient les ajustements proposés par les différents partenaires ainsi que les recommandations émises par l'INESSS. Il a été approuvé en première instance par l'INESSS en mars 2011 puis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 2011.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE : LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2005

Dès le début des années 2000, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) constate qu'il existe des lacunes importantes au niveau des services offerts aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)², notamment au regard de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de l'équité des services entre les clientèles avec et sans tiers payeur. Cette problématique touche l'ensemble du Québec.

Le Ministère décide alors de proposer des balises cliniques et organisationnelles afin d'optimiser l'offre de service en fonction des meilleures pratiques. À cette fin, il met en place un comité aviseur au printemps 2003. Le document intitulé *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010* est publié et diffusé en 2005.

L'objectif poursuivi par la publication de ce document est double. Il s'agit de clarifier les besoins de la clientèle et de baliser pour les décideurs, l'organisation des services qui doit être mise en place dans chacune des régions du Québec en vue d'une plus grande efficacité et efficience des ressources. Pour la personne victime d'un TCCL, la finalité recherchée vise la réduction de l'incapacité et de situations de handicaps potentielles découlant du traumatisme craniocérébral léger.

De fait, les personnes atteintes doivent avoir accès aux services requis par leur condition sans délai afin d'éviter, pour les personnes à risque, que des complications apparaissent et perdurent. Toutefois, il importe de souligner que la majorité des personnes atteintes a un pronostic favorable et qu'elle récupère bien, soit spontanément ou sur une courte période dépassant rarement trois mois. Il en est ainsi tout particulièrement chez les enfants, mais également chez les adultes, même si un petit nombre d'individus rapporte des symptômes persistants au-delà de ces trois mois.

Le but du processus d'intervention est de repérer les personnes à risque de complications médicales aiguës ou fonctionnelles persistantes, de leur offrir des soins pour éviter les quelques rares cas de décès ou des interventions préventives pour empêcher la pérennisation des plaintes fonctionnelles.

Le Ministère privilégie cinq zones d'amélioration pour les projets d'organisation des services régionaux :

- L'efficacité du repérage des personnes ayant 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 ;

² Définition du TCCL selon le Task Force de L'OMS : « *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* ».

- 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.

Mandat régional

C'est dans ce contexte que le projet régional d'organisation des services a été confié à l'Agence de la santé et des services sociaux. Les travaux consistent à élaborer une trajectoire optimale de services pour les Montréalais victimes d'un TCCL, en fonction des attentes ministérielles, des caractéristiques de la région et dans le respect des responsabilités dévolues aux entités concernées par le projet d'organisation des services.

Pour ce faire, l'Agence a mis sur pied un comité de travail formé des partenaires concernés par la démarche soit :

- Un représentant de chacun des quatre centres tertiaires de traumatologie ;
- Un représentant de chacun des deux centres secondaires de traumatologie ;
- Un représentant de chacun des quatre centres de réadaptation en déficience physique ;
- Un représentant de la direction des affaires médicales et universitaires, ASSSM ;
- Un représentant des CSSS (mission CLSC) ;
- Un représentant du carrefour montréalais d'information sociosanitaire, ASSSM ;
- Un représentant de la direction associée des dossiers régionaux, ASSSM ;
- Un représentant de la gestion des réseaux, ASSSM ;
- Un représentant du service planification, développement stratégique et évaluation, ASSSM.

Les travaux du comité ont débuté en janvier 2009 et se sont terminés au printemps 2010. Les résultats de leurs travaux sont présentés dans ce document. Le projet régional comprend les éléments suivants :

- Un état de situation sur la capacité régionale d'offrir, actuellement et compte tenu des cinq zones d'amélioration, des services aux personnes victimes d'un TCCL ;
- Les objectifs régionaux poursuivis en fonction des cinq zones d'amélioration ;
- La trajectoire régionale de services retenue pour les personnes victimes d'un TCCL ;
- Le processus régional de monitoring, de suivi de gestion et d'évaluation des services à l'intention des personnes victimes d'un TCCL ;
- Un plan d'implantation triennal du projet régional d'organisation des services aux personnes victimes d'un TCCL.

Ce document présente aussi :

- Les rôles et responsabilités dévolus à chaque partenaire engagé dans la trajectoire de services, tout en respectant la hiérarchisation des services et les responsabilités des CSSS et des établissements du réseau québécois de traumatologie ;
- Les moyens retenus pour assurer l'engagement et la responsabilité de chaque partenaire ;

- Les mécanismes assurant la continuité des soins ;
- Les portes d'entrée tardive et de réentrée dans la trajectoire ;
- Les modalités de coordination régionale des services et des ressources engagées dans la trajectoire de services, en tenant compte des mécanismes existants ou à développer selon les différents programmes-services dans les CSSS et ceux du réseau de la traumatologie (ex. : comité régional de traumatologie, table de concertation des consortiums de l'ouest du Québec pour les TCC, etc.) ;
- Les modalités permettant d'assurer une accessibilité équitable aux services requis indépendamment de la présence d'un agent payeur ;
- Les modalités permettant de rendre accessibles les services requis par la clientèle, tout en tenant compte du niveau de spécialisation des services en question (1^{re} ligne, 2^e ligne, 3^e ligne) ;
- Le processus de reddition de comptes régional concernant le niveau d'atteinte des objectifs régionaux et l'efficacité de la trajectoire de services, selon une approche d'amélioration continue de l'organisation des services.
- Les mesures qui seront prises pour maintenir et développer la compétence des cliniciens engagés dans la trajectoire de services, ainsi que les mesures pour diffuser les connaissances auprès des différents partenaires.

DONNÉES SCIENTIFIQUES PROBANTES

1. ÉTAT D'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES EN MATIÈRE D'INTERVENTION POUR LES TCCL

Les travaux du Ministère se sont appuyés sur les résultats du rapport du *World Health Organization Collaborating Center for Neurotrauma, Prevention, Management and Rehabilitation Task Force on Mild Traumatic Brain Injury* (Cassidy et coll.³), un groupe de travail international parrainé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'est penché sur la problématique du TCCL.

Le Task Force a analysé vingt ans de littérature scientifique sur le TCCL publiée en langue anglaise soit de 1980 à 2002. Des 38 806 résumés jugés pertinents, 313 publications ont été conservées pour dégager les recommandations du Task Force.

Malgré un volume plutôt impressionnant de publications, plusieurs zones d'incertitude persistaient concernant le TCCL en raison de failles majeures tant sur le plan méthodologique que scientifique. Le Task Force recommandait alors que ses conclusions soient révisées dans un délai de cinq ans. C'est pourquoi une revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la présente démarche afin de s'assurer que les recommandations faites par le Task Force tiennent toujours la route en 2010.

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 Ministère. L'annexe 1 présente le détail des résultats de cette revue de littérature.

2. CARACTÉRISTIQUES D'UN TCCL⁴

Rappelons qu'un TCCL 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 période d'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 ;

³ J. David CASSIDY (dir.), «Best Evidence Synthesis on 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*, n° 43, février (supplément) 2004, p. 144.

⁴ Les orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, p. 33.

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.

3. PROCESSUS D'INTERVENTION NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN TCCL⁵

Le TCCL est une pathologie très fréquente, normalement sans complications médicales aiguës ni conséquences fonctionnelles durables. Habituellement, les symptômes aigus s'estompent durant les premières semaines. Malgré que le pronostic de récupération soit excellent pour la grande majorité des personnes atteintes, il demeure qu'un petit nombre d'individus rapporte des symptômes persistants, au-delà de trois mois, qui ne semblent toutefois pas être associés de manière exclusive avec l'atteinte neurologique initiale.

Le Ministère préconise une approche de gestion du risque d'apparition des rares complications associées au TCCL, tant à l'étape du diagnostic qu'à celle du pronostic. Il scinde en deux étapes le processus d'intervention à la suite d'un TCCL :

Étape 1 – Gestion du risque de mortalité ou de complications médicales graves

- a. Poser le diagnostic ;
- b. Déceler les rares complications neurologiques graves qui compromettent potentiellement la survie et nécessitent une intervention chirurgicale ou qui commandent une admission en milieu hospitalier.

Étape 2 – Gestion du risque de morbidité ou de symptômes persistants

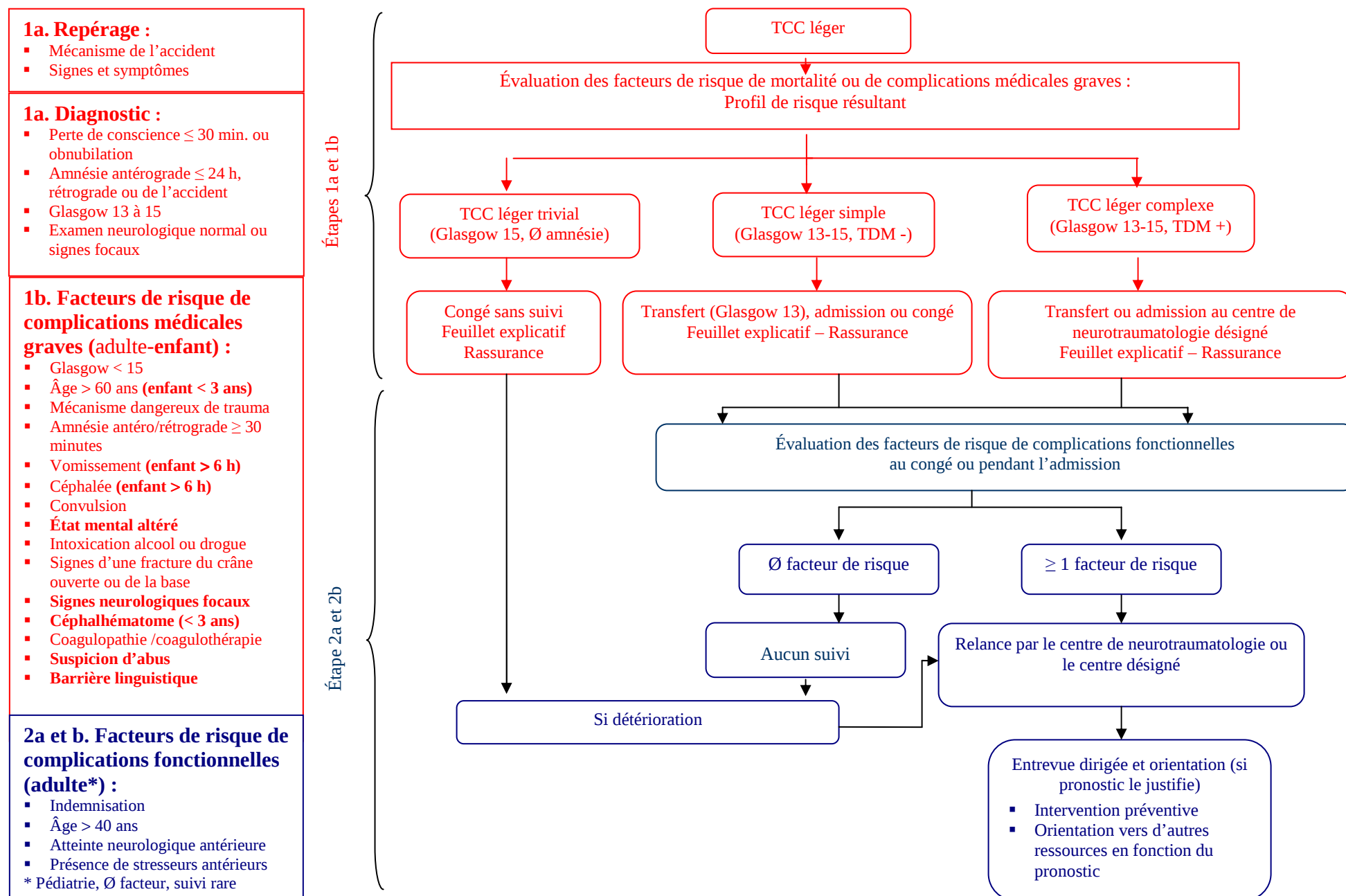
- a. Déceler rapidement les différents symptômes aigus découlant du TCCL ;
- b. Prévenir la persistance des symptômes à long terme par une approche préventive précoce.

Le Ministère propose des algorithmes décisionnels pour la gestion du risque de complications médicales et fonctionnelles à la suite d'un TCCL qui s'appliquent à la clientèle adulte et pédiatrique⁶. Ce modèle est illustré à la figure 1. Les algorithmes sont présentés à l'annexe 2 et les fonctions cliniques de l'étape 2 à l'annexe 3. L'arbre décisionnel présente trois niveaux de risque associé au TCCL : **trivial, simple et complexe**. Cette catégorisation, qui s'appuie sur les symptômes cliniques et le risque de complications médicales et fonctionnelles, permet de choisir la trajectoire de services la mieux adaptée aux besoins initiaux de la clientèle.

⁵ Les orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, p. 34 et 35.

⁶ L'INESS a entrepris une démarche de révision des algorithmes au printemps 2011. Les nouveaux schémas seront disponibles à l'automne 2011.

Figure 1. Modèle québécois de gestion du risque de complications médicales et fonctionnelles à la suite d'un TCC léger (clientèle adulte et pédiatrique)



1. PORTRAIT RÉGIONAL DRESSÉ SELON LES DONNÉES STATISTIQUES

A. La population montréalaise

Au recensement de 2006, l'île de Montréal compte environ 1,9 million d'habitants, soit près du quart de la population québécoise. De plus, des dizaines de milliers de personnes provenant des régions limitrophes y viennent chaque jour y travailler, y étudier ou se divertir.

Deuxième plus grand centre urbain au Canada, Montréal présente un contexte de vie qui le distingue des autres régions. La région montréalaise est marquée par des disparités économiques et sociales qui se traduisent souvent par des inégalités et des besoins différenciés en matière de santé. Des conditions socioéconomiques précaires contribuent à augmenter la probabilité de développer des problèmes de santé aigus et chroniques, de vivre plus de stress, de problèmes émotionnels et de présenter davantage de comportements à risque. On y retrouve une concentration de certains groupes de personnes vivant dans une grande précarité ou encore dans la marginalité. Citons parmi celles-ci : les personnes âgées ou handicapées, les personnes vivant seules, les personnes itinérantes et celles aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance.

Les perspectives démographiques produites récemment par l'Institut de la statistique du Québec⁷ indiquent que la population de Montréal connaîtra une hausse de 2,8 % entre 2011 et 2016. Elle atteindra 1 979 200 habitants en 2016 et un peu plus de 2 millions en 2031. Montréal voit donc sa population croître de quelque 10 000 personnes chaque année surtout en raison de l'immigration internationale. Par ailleurs, les régions en périphérie de Montréal (Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière) verront leur population augmenter de 5,7 % pendant la même période.

B. Le système de santé et de services sociaux montréalais

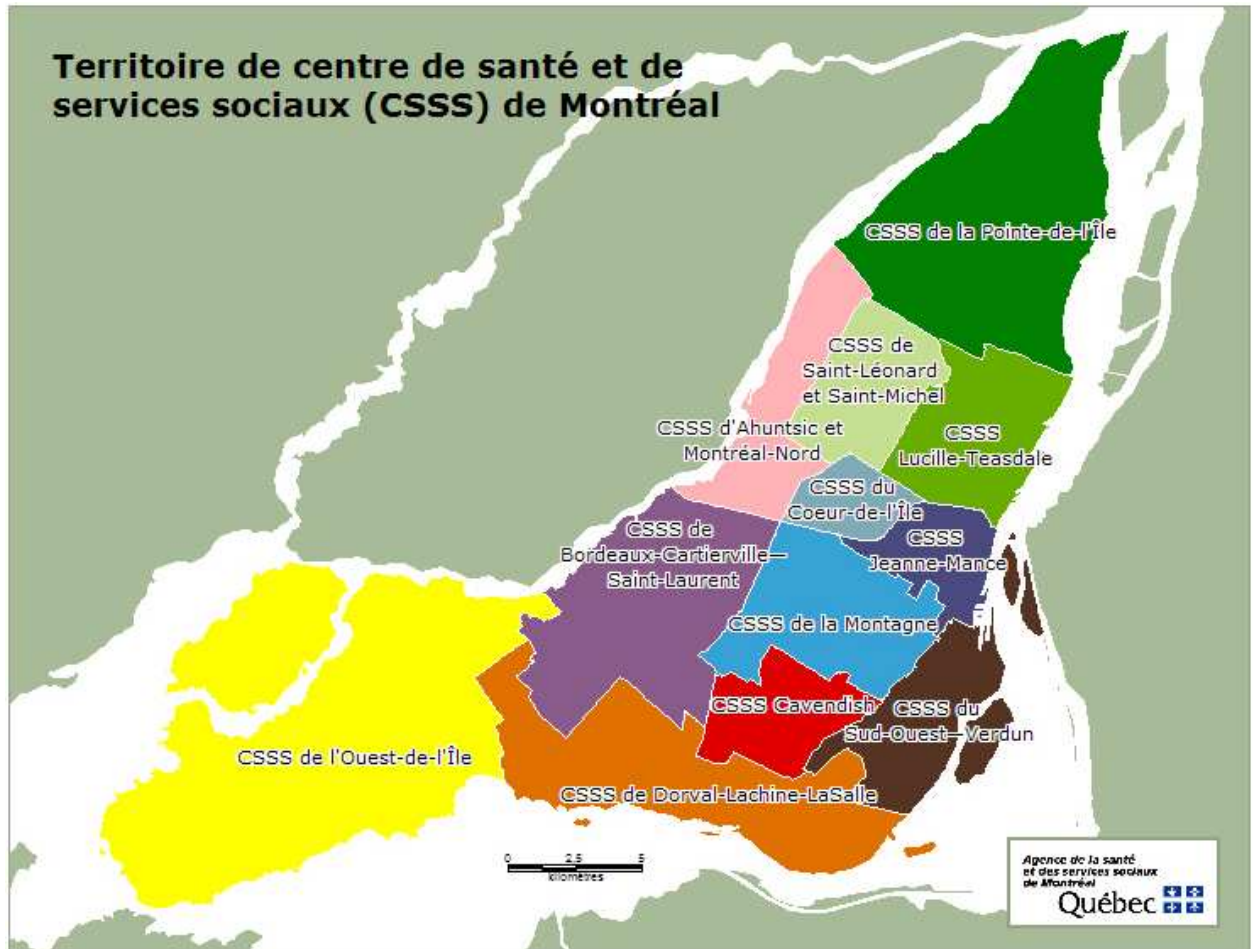
Au 31 mars 2010, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comptait 90 établissements, dont 12 CSSS qui assument la responsabilité de la santé de la population de leur territoire. Un peu plus de 400 cliniques ou cabinets médicaux, 26 groupes de médecine de famille (GMF), 28 cliniques réseaux, deux cliniques-réseau intégrées (CRI) et plus de 600 organismes communautaires subventionnés par l'Agence dans l'un ou l'autre de ses différents programmes se retrouvent également sur le territoire. Plus de 86 000 personnes œuvrent au sein de ce réseau complexe et diversifié, dont quelque 3 500 médecins spécialistes, près de 2 200 omnipraticiens, 17 600 infirmières et 16 600 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux.

En plus des soins et des services courants et spécialisés dans toutes les disciplines, le réseau montréalais offre une gamme complète de services ultra spécialisés en raison de la présence sur son territoire de trois centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq instituts universitaires, sept centres affiliés universitaires et cinq établissements à vocation suprarégionale. En raison des particularités de sa population, les établissements du réseau montréalais portent une attention spéciale aux besoins de la communauté anglophone de l'île et des régions périphériques, de même qu'aux

⁷ Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions 2006-2056*, Édition 2009.

particularités des communautés culturelles. La figure suivante présente les territoires de CSSS de Montréal.

Figure 2. Territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal



C. Le réseau montréalais de la traumatologie

Pour répondre aux exigences de sa population et de son rôle suprarégional, le réseau montréalais de la traumatologie présente un volet régional et interrégional constitués de plusieurs établissements et organisations regroupés sous l'appellation des *Consortiums de l'ouest du Québec*.

♦ Établissements membres du réseau montréalais de traumatologie

Centres hospitaliers tertiaires, clientèle adulte :

- Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal ;
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ;

Centres hospitaliers tertiaires, clientèle pédiatrique :

- Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants ;
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ;

Centres hospitaliers secondaires :

- CSSS Cœur-de-l'Île, Hôpital Jean-Talon ;

- Hôpital Santa Cabrini ;

Centres de réadaptation en déficience physique :

- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge ;
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ;
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ;
- Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine (clientèle pédiatrique).

♦ **Les consortiums de l'ouest du Québec pour les adultes et les enfants ayant subi un TCC modéré ou grave**

❖ **Volet régional : le Consortium de Montréal :**

- Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal ;
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ;
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge ;
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ;
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ;

En collaboration avec l'Association québécoise des traumatisés crâniens.

Le consortium de Montréal pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave fait partie maintenant du consortium interrégional ; les rôles et responsabilités de ces deux consortiums se recoupent, et ils sont avantageusement gérés dans le cadre d'un consortium unique.

❖ **Volet interrégional : les Consortiums interrégionaux de l'ouest du Québec :**

Les établissements montréalais font partie également de plusieurs consortiums interrégionaux dédiés à la clientèle ayant subi un TCC modéré ou grave, clientèle issue des régions desservies par les ressources spécialisées de Montréal. Pour les adultes, il s'agit du :

- Consortium Lanaudière;
- Consortium Laurentides;
- Consortium Laval;
- Consortium Abitibi-Témiscamingue.
- Consortium interrégional de l'ouest du Québec pour les enfants et les adolescents.

L'organigramme des consortiums régionaux et interrégionaux pour les adultes est présenté à l'annexe 4⁸.

Au plan interrégional, les consortiums d'établissements amènent une forte consommation de services par des personnes en provenance d'autres régions. Pour certains centres de neurotraumatologie qui reçoivent un plus grand nombre de transferts, ceci peut représenter plus de 70 % de leur clientèle avec un TCCL. Par exemple, 74 % des personnes avec un diagnostic de TCCL traitées à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en 2007-2008 ne sont pas des Montréalais. Pour le CHU-Ste-Justine, la même année, cela représente 76 % de leur clientèle avec un TCCL.

⁸ Il n'y a pas de schéma pour le consortium interrégional pour la clientèle pédiatrique.

Comme le prévoit les orientations ministérielles, les régions devront développer leur modèle d'organisation des services pour les personnes ayant subi un TCCL et rapatrier cette clientèle une fois la phase de stabilisation médicale complétée en centre tertiaire (évaluation et gestion du risque de complications médicales graves).

En résumé, le réseau montréalais de la traumatologie se caractérise par son niveau de complexité élevé quant aux rôles et responsabilités des nombreux acteurs impliqués auprès de la clientèle ayant subi un TCC. Au plan interrégional, les consortiums d'établissements amènent une forte consommation de services dans les centres de neurotraumatologie par des non-résidents de Montréal.

D. La clientèle montréalaise ayant subi un TCCL

Pour améliorer l'offre de service aux Montréalais ayant subi un TCCL, il importe de bien connaître les caractéristiques de cette clientèle ainsi que les services qu'elle consomme.

♦ Méthodologie

Dans le cadre de cette démarche, plusieurs tentatives ont été faites pour documenter des indicateurs répondant à ce besoin :

- l'exploitation des données résultant du croisement des banques de données de Med-Écho et de la RAMQ ;
- l'analyse d'une extraction de données du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) ;
- le traitement de données fournies par les établissements du réseau montréalais de la traumatologie (consortium de Montréal pour les personnes ayant subi un TCC).

Nous nous sommes assurés dans chacune des extractions de couvrir les mêmes années et nous avons tenté pour certaines variables de croiser l'information en provenance de l'ensemble des sources. Malheureusement, l'analyse des différentes sources, quoiqu'intéressante, a été décevante et n'a pas permis de dégager un portrait fiable et stable d'une banque à l'autre compte tenu des limites rencontrées. Le croisement des données a été ardu pour diverses raisons :

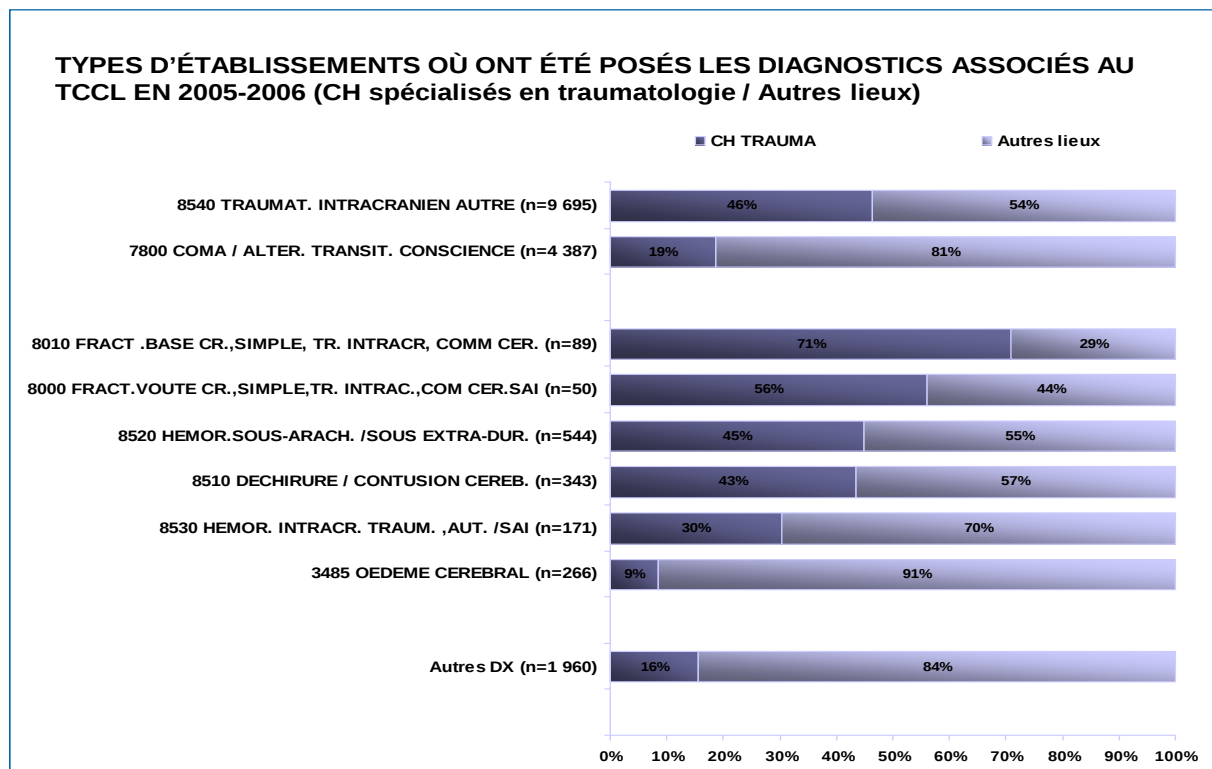
- **L'imprécision des codes diagnostiques.** Il n'y a pas de code pour le diagnostic de TCC dans les banques de données ou systèmes de cotation (CIM-9, 10 ou l'*Abbreviated Injury Score* [AIS]). Ainsi, on qualifie l'atteinte TCC en utilisant souvent un code général comme : « commotion cérébrale » ou « trauma intracrânien autre » (dans 46 % des dossiers en centres hospitaliers de traumatologie et 54 % ailleurs) que le traumatisme soit léger, modéré ou même grave. De plus, beaucoup de données cliniques ne sont pas consignées dans les dossiers médicaux et ne sont donc pas codées (par exemple, dans le RTQ, le score du Glasgow est absent dans 24 % des dossiers ; l'information sur l'état de conscience est absente dans 54 % des dossiers). Ces pratiques limitent grandement la sélection des cas et, par conséquent, diminuent l'utilité et la fiabilité des banques lorsqu'on souhaite faire des analyses plus poussées par catégorie de gravité du TCC.
- **Les contraintes inhérentes à chacune des banques.** Le RTQ ne comptabilise que les diagnostics principaux (excluant les diagnostics secondaires). Les banques du RTQ et de

Med-Écho n’incluent que les données pour les personnes hospitalisées trois jours et plus. Ainsi, la plupart des personnes avec un TCCL, qui ne sont normalement pas hospitalisées en raison de cette blessure, échappent aux banques existantes. Comme les centres de traumatologie comptabilisent peu ou pas ou différemment les cas suivis en externe, il en résulte qu’il est tout aussi difficile d’obtenir un portrait fiable des personnes inscrites que celles admises.

Connaissant ces différents biais, nous ne nous attendions pas à une concordance parfaite des volumes totaux, ni des différents paramètres. Toutefois, pour certains éléments de volumétrie, il aurait dû y avoir une meilleure concordance, ce qui n’a pas été le cas. Par exemple, selon la banque croisée de Med-Écho et de la RAMQ, environ 35 % de l’échantillon a consulté dans un centre de traumatologie de Montréal. Ce qui représente, en moyenne, plus de 5 000 personnes par année. Or, cela ne se reflète aucunement dans les statistiques provenant des centres de traumatologie, (en moyenne, 1 270 personnes par année), ni dans celles extraites du RTQ (en moyenne, 253 personnes par année). Même si le nombre de cas (5 000) est probablement surestimé, il n’en demeure pas moins que l’écart est très grand entre les trois sources.

Par ailleurs, les données issues de Med-Écho ont permis de constater qu’il y a un nombre très significatif de personnes qui ont été hospitalisées en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) alors qu’elles auraient dû être transférées en centres de traumatologie. Les codes diagnostiques ou les blessures cérébrales documentées chez plusieurs patients correspondent au moins à un TCCL complexe ce qui, en fonction des critères de transfert en traumatologie, aurait dû justifier d’emblée un transfert en traumatologie. La figure 3 illustre ces volumes.

Figure 3. Diagnostics par type d’établissements



Pour plusieurs codes diagnostiques dont les hémorragies intracrâniennes traumatiques, il y a plus de cas hospitalisés dans d'autres lieux qu'en centres de traumatologie (70 % hors trauma versus 30 % en traumatologie). Cette lacune dans l'orientation des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral devra être considérée dans le cadre du monitoring du consortium régional pour les TCC modérés et graves.

Nonobstant toutes ces réserves, nous présentons ci-après les résultats de l'analyse du croisement des banques de données de Med-Écho et de la RAMQ ainsi que ceux de l'analyse des données des établissements de traumatologie. La majorité des informations tirées du Registre de traumatologie du Québec n'ont pas été retenues puisqu'elles n'ajoutent pas de précisions aux données issues des autres sources.

E. Résultats issus du croisement des banques de données de Med-Écho et de la RAMQ

L'analyse du croisement des banques de données de Med-Écho et de la RAMQ porte sur les années 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006, les années les plus récentes pour lesquelles les données étaient disponibles⁹. Cette banque croisée permet de brosser un portrait de la clientèle montréalaise qui a consulté dans la région, à la suite d'un traumatisme, et pour qui un diagnostic associé au TCCL a été posé. Les données tiennent compte des hospitalisations, des visites à l'urgence et aux cliniques externes des centres hospitaliers ainsi que les visites en cliniques médicales privées.

On observe un volume annuel moyen constant de **14 541** Montréalais différents (incidence : 772/100 000 habitants) avec au moins un des diagnostics associés à un TCCL au cours de ces années. Selon le Task Force de l'OMS, l'incidence maximale des TCCL est de 600 cas par 100 000 habitants, ce qui représenterait théoriquement pour la région de Montréal **11 500** cas par année. Cette incidence s'applique indifféremment à la clientèle adulte et pédiatrique.

L'explication la plus probable de l'écart observé demeure l'imprécision des nomenclatures actuellement utilisées au regard du TCCL. Ceci entraîne tant une surévaluation (code générique imprécis) qu'une sous-évaluation du volume de cas (cas sans hospitalisation non codifiés). De plus, la banque de la RAMQ sert avant tout à la facturation. Dès lors, les diagnostics qui y sont inscrits ne sont pas aussi précis ou exhaustifs que dans Med-Écho. Enfin, cette absence de précision autour du diagnostic de TCCL nous a contraints à utiliser des diagnostics associés au TCCL. C'est ainsi que 13 diagnostics s'apparentant au TCCL ont été ciblés¹⁰. Ces diagnostics sont présentés à l'annexe 5. Afin de faciliter la compréhension du lecteur, nous avons choisi de présenter les résultats de l'année 2005-2006 puisque les données des deux années antérieures sont semblables¹¹. Les données annuelles détaillées sont disponibles à l'annexe 6.

⁹ Au moment où nous avons fait l'extraction de données (février 2009) il s'agissait des données croisées les plus récentes. Même si à ce moment les données pour 2006-2007 avaient été reçues, elles n'avaient pas encore été «croisées» et n'allaient pas être disponibles avant plusieurs mois.

¹⁰ La sélection des diagnostics associés a été faite à l'aide des documents suivants : *Report to Congress on Mild Traumatic Brain Injury in the United States : Steps to Prevent a Serious Public Health Problem*. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2003 et *Traumatic Brain Injury in the United States : Emergency Visits, Hospitalizations, and Deaths*, CDC, 2006. Elle a également été validée par un médecin et des archivistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

¹¹ Après avoir constaté la stabilité des données pour les trois années de l'échantillon, le comité a décidé qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter d'autres années. Selon toute probabilité, cela n'apporterait pas un éclairage nouveau sur le portrait obtenu.

◆ Profil des usagers

En 2005-2006, des 14 541 Montréalais présentant un diagnostic associé au TCCL, 13 % ont eu plus d'une « consultation¹² avec TCCL » ce qui s'est traduit par 17 117 consultations avec TCCL.

◆ Distribution des usagers selon les territoires de CSSS

On note que la distribution des Montréalais avec un diagnostic associé au TCCL est généralement proportionnelle à la population du territoire des CSSS.

Tableau 1 Territoire de résidence des usagers montréalais qui ont reçu au moins un diagnostic associé au TCCL

CSSS	% Population ⁽¹⁾	% Usagers ⁽²⁾
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	12 %	12 %
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	7 %	8 %
CSSS du Sud-Ouest—Verdun	7 %	9 %
CSSS Cavendish	6 %	7 %
CSSS de la Montagne	12 %	10 %
CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent	7 %	7 %
CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	9 %	9 %
CSSS du Cœur-de-l'Île	6 %	5 %
CSSS Jeanne-Mance	8 %	7 %
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	7 %	7 %
CSSS Lucille-Teasdale	9 %	10 %
CSSS de la Pointe-de-l'Île	10 %	10 %

(1) Source : Statistique Canada, Recensement 2006

(2) Source : Banques de données jumelées Med-Écho et RAMQ 2005-2006

◆ Âge et sexe

- Les moins de 18 ans représentent 29 % de l'échantillon. Dans cette tranche d'âge, le TCCL est presque deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles ;
- Les 18 à 64 ans constituent 43 % de l'échantillon ;
- Les 65 ans et plus y sont présents pour 28 %. Chez les 65 ans et plus, le TCCL est une fois et demie plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

¹² Une « consultation » est définie dans la RAMQ comme l'ensemble des actes posés de façon consécutive au même endroit pour une personne et dans Med-Écho, la « consultation » représente une hospitalisation au cours de laquelle on retrouve un diagnostic en lien avec le TCCL.

Globalement, deux sous-groupes de l'échantillon se distinguent : les 5-14 ans et les 75-84 ans sont les sous-groupes le plus fortement touchés par un diagnostic s'apparentant au TCCL (respectivement 14 % et 13 %).

◆ Profil des consultations

Comme un usager peut consulter à plus d'un endroit dans la même année, les 14 541 usagers différents ont généré 17 117 consultations pour un diagnostic associé au TCCL. Les endroits de consultation sont les suivants :

- 13 180 de ces consultations (77 %) ont eu lieu dans un centre hospitalier de Montréal dont 4 613 (35 %) en centres hospitaliers de traumatologie et 8 567 (65 %) dans les centres hospitaliers hors du réseau de la traumatologie ou dans un autre lieu.
- Les 17 117 consultations ont été effectuées dans les différents endroits dans les proportions suivantes :
 - 8 045 consultations aux services d'urgence, soit 47 % ;
 - 3 766 consultations aux unités de soins, soit 22 % ;
 - 1 369 consultations aux cliniques externes, soit 8 % ;
 - 3 081 consultations dans une clinique médicale ou un cabinet privé, soit 18 % ;
 - 856 consultations dans divers autres endroits (centre d'hébergement, centre de détention, etc.), soit 5 %.
- Presque la totalité des consultations (95 %) des Montréalais avec un diagnostic associé au TCCL ont lieu sur le territoire de Montréal. Les consultations à l'extérieur de Montréal sont plus fréquentes chez les 18-64 ans. Parmi les personnes qui ont consulté à Laval, environ 30 % proviennent du CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, et pour celles qui ont consulté en Montérégie environ 20 % proviennent du CSSS Lucille-Teasdale.

◆ Profil des diagnostics

- On observe que dans 8,5 % des consultations de l'échantillon, il y a présence d'une tomodensitométrie anormale.
 - Deux diagnostics prévalent dans plus de 75 % des consultations :
 - Le « *traumatisme intracrânien autre* » (57 % des consultations) ;
 - Le « *coma / altération transitoire de la conscience* » (26 % des consultations).
- Le diagnostic de « *traumatisme intracrânien autre* » se caractérise ainsi :
- Présent dans environ 85 % des consultations des jeunes de moins de 18 ans ;
 - 3 % des personnes avec ce diagnostic ont été hospitalisées (Med-Écho).
- Le diagnostic de « *coma / altération transitoire de la conscience* » se caractérise ainsi :
- Présent dans environ 50 % des consultations réalisées pour des personnes de 65 ans et plus ;
 - 19 % des personnes avec ce diagnostic ont été hospitalisées (Med-Écho).

F. Résultats issus des données fournies par les établissements du réseau montréalais de la traumatologie

Pour compléter l'analyse de ces résultats, une compilation des données statistiques fournies par les établissements du réseau montréalais de la traumatologie a été réalisée. Elles couvrent les années 2006-2007 et 2007-2008, tant pour le milieu hospitalier que le secteur de la réadaptation.

Puisque l'analyse de la banque croisée de Med-Écho et de la RAMQ laisse présager un volume important de cas potentiels de TCCL, force est de conclure que ces données ne représentent qu'un sous-ensemble des Montréalais ayant subi un TCCL, soit environ 1 500 personnes par année. En revanche, comme ces statistiques portent sur des personnes ayant réellement reçu un diagnostic de TCCL et non un diagnostic associé au TCCL, elles permettent de dresser un portrait différent et plus précis en termes de :

- volumes de clientèle adulte et pédiatrique (avec et sans tiers payeur) ;
- durées de séjour ou de prises en charge ;
- heures de prestation de services.

Compte tenu de la préoccupation ministérielle à cet égard, une attention particulière a été portée sur le niveau d'équité dans l'accessibilité aux services en traitant ces indicateurs sous l'angle de la présence ou non d'un tiers payeur. Les points saillants de l'analyse sont décrits ci-après et les données détaillées sont disponibles à l'annexe 7.

➤ *En milieu hospitalier*

En général, pour les personnes avec un TCCL, les établissements du secteur hospitalier ne comptabilisent que les données concernant les usagers admis ou pris en charge par leur programme TCC. Ceci signifie que les données présentées ci-après ne couvrent pas la clientèle avec un TCCL qui s'est présentée à leur urgence, et qui n'a pas été admise ni référée au programme TCC du centre de neurotraumatologie. Cette portion de la clientèle peut toutefois représenter un volume significatif. À titre d'exemple, environ 1 500 jeunes reçoivent annuellement un diagnostic de TCCL au service d'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Ils obtiennent leur congé après rassurance et informations, et un suivi médical est fait pour s'assurer de leur évolution. Cette lacune dans la saisie de ces informations devra être considérée dans le cadre du monitoring du projet régional.

Voici les points saillants qui ressortent de l'analyse des données fournies par les centres hospitaliers de traumatologie :

❖ *Volume de la clientèle*

- Dans le tableau 2, on remarque qu'en moyenne, 1 261 Montréalais avec un TCCL transitent annuellement dans les établissements hospitaliers du réseau montréalais de la traumatologie. La clientèle adulte, admise ou inscrite, représente 41 % (en moyenne, 523 par année) de l'ensemble de la clientèle TCCL, alors que les enfants en constituent 59 % (en moyenne, 738 par année) ;
- Chez l'adulte, il y a la même proportion de personnes sans agent (50 %) qu'avec agent payeur (50 %) alors que pour les enfants, il y a beaucoup plus d'enfants sans agent payeur (93 %) que d'enfants avec agent payeur (7 %) ;
- Il y a davantage d'adultes admis (308 / 523) soit 59 % que d'adultes inscrits (215 / 523) soit 41 %. Cette différence est encore plus marquée chez les enfants alors que seulement 24 % (177 / 738) sont admis et 76 % (561 / 738) inscrits.

**Tableau 2 CH / Volume annuel moyen de clients par statut avec et sans agent payeur
Années 2006- 2007 et 2007-2008⁽³⁾**

Moyenne annuelle	Adultes			Enfants			Grand total	
	Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent		Total
Admis		176 (57 %)	132 (43 %)	308 (100 %)	156 (88 %)	20 (12 %)	177 (100 %)	485 (38 %)
Inscrits		83 (39 %)	132 (61 %)	215 (100 %)	530 (95 %)	30 (5 %)	561 (100 %)	776 (62 %)
Total		259 (50 %)	264 (50 %)	523 (100 %)	687 (93 %)	51 (7 %)	738 (100 %)	1261 (100 %)

(3) Source : Données statistiques fournies par les établissements du réseau de la traumatologie de Montréal

❖ **Durée moyenne de séjour (DMS) et heures de prestation de services (HPS)**

Au tableau 3, on observe que les proportions entre le volume de cas, les durées de séjour et les HPS consommées chez les adultes sont assez constantes : les personnes avec agent payeur représentent 50 % du volume des patients, 55 % des durées de séjour et elles consomment 46 % des HPS.

Le volume d'enfants sans tiers payeur est beaucoup plus élevé (93 %) que celui de l'autre groupe avec agent payeur (7 %) ce qui diminue grandement la fiabilité des comparaisons des données. Néanmoins, avec toutes les réserves énoncées antérieurement quant à l'interprétation des données sur la clientèle pédiatrique, il ressort que les enfants avec tiers payeur, qui représentent 7 % du volume de cas de l'échantillon, consomment 22 % des journées d'hospitalisation et 34 % des HPS.

Tableau 3 Comparaison des volumes de clients, des DMS et des HPS par statut avec et sans agent payeur / Années 2006- 2007 et 2007-2008⁽⁴⁾

Années 2006-2007 2007-2008	Adultes		
	Volume	DMS	HPS
Avec agent	50 %	55 %	46 %
Sans agent	50 %	45 %	54 %
2006-2007 2007-2008	Enfants		
	Volume	DMS	HPS
Avec agent	7 %	22 %	34 %
Sans agent	93 %	88 %	66 %

(4) Source : Données statistiques fournies par les établissements du réseau de la traumatologie de Montréal

❖ **Orientation au congé**

Le choix de l'orientation au congé est légèrement différent pour les adultes et pour les enfants. Presque la totalité des enfants (99 %) retourne à domicile versus 78 % des adultes (voir tableau 6, à l'annexe 7). Une donnée qui surprend peu, compte tenu du contexte de vie des enfants et de leur pronostic de récupération, généralement meilleur que celui des adultes. Puisque le pronostic de récupération à la suite d'un TCCL est généralement bon, et même excellent en pédiatrie, le faible volume de cas orientés en réadaptation est conforme aux attentes. Ainsi, en moyenne pour les années 2006-2007 et 2007-2008, les centres de réadaptation traitent 70 cas par an chez l'adulte et dix cas par an en pédiatrie (voir le tableau 4). En ce qui concerne les adultes, les besoins à combler

après le congé de l'hôpital peuvent être reliés au TCCL, mais ils peuvent également dépendre des autres blessures subies sans que le TCCL soit problématique.

Lorsqu'on calcule le pourcentage de cas orientés en réadaptation à partir des centres de neurotraumatologie, on constate qu'il se situe autour de 13 %¹³ (216 / 1 612 cas ; 22 % chez les adultes et 2 % chez les enfants) que cette réadaptation soit requise en raison du TCCL ou d'autres blessures. En revanche, lorsque ce pourcentage est calculé à partir de la banque croisée de Med-Écho et de la RAMQ, il n'est que de 1 % (216 / 14 500 cas).

Une controverse persiste au regard du pourcentage de cas qui présente des complications fonctionnelles à la suite d'un TCCL. La littérature fait état fréquemment d'un pourcentage variant entre 10 et 15 %. Par ailleurs, certains auteurs¹⁴ sont d'avis que ce pourcentage est nettement surévalué puisqu'il est calculé à partir des cas qui ont été hospitalisés / comptabilisés dans les banques existantes qui, comme on le sait, ne contiennent qu'une faible proportion de l'ensemble des cas. Le pourcentage réel de complication pourrait être aussi bas que 1 % lorsque l'ensemble des victimes d'un TCCL est pris en compte. Les données comptabilisées dans le cadre de cet exercice semblent confirmer cette impression. Ainsi, une moyenne de 253 usagers par année est documentée dans l'échantillon tiré du RTQ, alors que celui de Med-Écho – RAMQ en contient 14 541 / an et que les registres des établissements de traumatologie font état d'une moyenne de 1261 cas par année. Dès lors, la proportion de cas ayant eu une mauvaise évolution variera grandement en fonction de la banque qui est choisie. Ainsi dans la banque RTQ 20 % des patients sont orientés en réadaptation. En revanche, les CHNT (clientèle adulte et pédiatrique) réfèrent seulement 4 % des enfants et des adultes en réadaptation en lien avec les complications fonctionnelles découlant du TCCL (le pourcentage est de 13 % toutes raisons confondues).

➤ **En réadaptation**

Dans le secteur de la réadaptation, les points saillants de l'analyse démontrent que :

❖ **Volume de la clientèle**

Au tableau 4, on constate qu'autant chez les adultes que chez les enfants, le nombre de personnes inscrites représente près de 70 % de l'ensemble de la clientèle.

Pour la clientèle adulte, il y a presque deux fois plus de personnes sans agent payeur qui ont été traitées en moyenne pour les deux années (90 personnes sans agent payeur versus 49 personnes avec agent payeur). En pédiatrie, le faible volume d'enfants ne permet pas de dégager de tels écarts.

¹³ L'écart entre ce pourcentage de 12 % et celui indiqué plus haut soit que 78 % des adultes retournent à domicile (donc 22 % n'y retournent pas) s'explique par le fait que la personne peut être transférée ailleurs qu'en réadaptation, en CHSLD par exemple.

¹⁴ G. L. Iverson et R. T. Lange. *Post-Concussion Syndrome*, dans : *The Black Book of Neuropsychology : A Syndrome Based Approach*. M. R. Schoenberg & J. G. Scott (eds.) Springer, 2009, Chap. 24, p. 745-764.

Tableau 4 Volume annuel moyen de clients par statut avec et sans agent payeur
Années 2006- 2007 et 2007-2008⁽⁵⁾

Moyenne annuelle	Adultes			Enfants			Grand total	
	Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent		Total
Admis		32 (80 %)	8 (20 %)	40 (100 %)	1 (33 %)	2 (67 %)	3 (100 %)	43
Inscrits		58 (59 %)	41 (41 %)	99 (100 %)	8 (47 %)	9 (53 %)	17 (100 %)	116
Total		90 (65 %)	49 (35 %)	139 (100 %)	9 (45 %)	11 (55 %)	20 (100 %)	159

(5) Source : Données statistiques fournies par les établissements du réseau de la traumatologie de Montréal

❖ Durée de prise en charge et heures de prestation de services (HPS)

Au tableau 5, on observe que les adultes ayant un agent payeur représentent 35 % du volume des clients, 42 % des durées de prise en charge et ils consomment 47 % des HPS. Les adultes sans agent payeur représentent 65 % du volume des clients, 58 % des durées de prise en charge et ils consomment 53 % des HPS.

En pédiatrie, encore une fois, le faible volume commande une interprétation des données très prudente. Disons seulement que les enfants en réadaptation avec agent payeur représentent 53 % du volume, 53 % des durées de prise en charge et ils consomment 78 % des HPS. Alors que les enfants sans agent payeur représentent 47 % du volume des clients, 37 % des durées de prise en charge et ils consomment 22 % des HPS.

Tableau 5 Comparaison des volumes de clients, des durées de prise en charge et des HPS par statut avec et sans agent payeur / Années 2006- 2007 et 2007-2008⁽⁶⁾

Années 2006-2007 2007-2008	Adultes		
	Volume	Durée de prise en charge	HPS
Avec agent	35 %	42 %	47 %
Sans agent	65 %	58 %	53 %
2006-2007 2007-2008	Enfants		
	Volume	Durée de prise en charge	HPS
Avec agent	53 %	53 %	78 %
Sans agent	47 %	37 %	22 %

(6) Source : Données statistiques fournies par les établissements du réseau de la traumatologie de Montréal

➤ Analyse comparative des services fournis aux personnes de 65 ans et plus

L'analyse de l'extraction de la banque croisée Med-Écho / RAMQ a permis de constater que la clientèle des 65 ans et plus composait 28 % de l'échantillon et que les personnes de 75 ans et plus constituaient un des sous-groupes le plus fortement touché par un diagnostic s'apparentant au TCCL (13 %, voir page 25). Par ailleurs, le pronostic de ces personnes s'avère fréquemment plus sombre que pour tout autre groupe de victimes d'un TCCL. Dès lors, il est apparu utile de distinguer les

services offerts à ces personnes par les centres de traumatologie et de réadaptation afin de valider tant les volumes que les pronostics.

Le tableau 6 illustre les écarts observés. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus représentent respectivement 27 % et 25 % des Montréalais traités en traumatologie et en réadaptation pour les deux années à l'étude. Ils consomment plus d'heures de services dans les deux types d'établissements, leur durée d'intervention est légèrement moins longue mais ils sont plus fréquemment orientés en réadaptation que l'ensemble des TCCL. À titre d'illustration des volumes, notons que le CHR rapporte que ce sous-groupe constitue 50 % et 74 % des personnes hospitalisées en réadaptation à la suite d'un TCCL au cours de ces deux années. Fréquemment, ce TCCL est accompagné de blessures orthopédiques. On constate également que le CHR oriente une large proportion (40 %) de ces personnes en réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS). Finalement, 17 % des personnes de 65 ans et plus quittent le CHR pour être hébergées dans un CHSLD ou elles retournent au CH d'origine en attente d'un placement, ce qui confirme la nocivité du pronostic.

Tableau 6 Comparaison des différents paramètres (nombre, durée, HPS et orientation) entre l'ensemble des TCCL et les personnes de 65 ans et plus (Montréalais) en traumatologie et en réadaptation⁽⁶⁾

TCCL	Total pour 2006-2007 et 2007-2008, avec et sans agent payeur							
	CHNT adulte				CHR/CR adulte			
	Paramètre	Tous	Moy. ou %	+ 65 ans	Moy. ou %	Tous	Moy. ou %	+ 65 ans
	Nombre	1046		282 (27 %)		280		69 (25 %)
	Durée (jr)	25584	24 jrs	5599 (22 %)	20 jrs	28698	102 jrs	6538 (23 %)
	HPS (h)	9000	9 h	3833 (43 %)	14 h	25670	92 h	8792 (34 %)
	Orientation au congé							
	• Maison du CHNT	741	71 %	147 (20 %)				
	• Maison du CHR							26 %
	• Réadaptation du CHNT	204	20 %	72 (26 %)				
	• Réadaptation CHR → RAIS							40 %
	• CHR → CH ou hébergement							17 %

En résumé :

- *En moyenne, 14 500 Montréalais ont un diagnostic associé au TCCL annuellement, ce qui représente une incidence de 772/100 000 habitants, fréquence supérieure à celle estimée dans la littérature qui équivaudrait plutôt à 11 500 Montréalais par année. Cette surévaluation pourrait être attribuable à l'imprécision des diagnostics de TCCL, et ce particulièrement dans les banques de données de la RAMQ. L'imprécision des codes diagnostiques a également pour conséquence qu'ils peuvent être choisis pour des patients sans TCC ou avec des atteintes traumatiques plus graves qu'un TCCL.*
- *Ces personnes ont consulté dans une proportion de 77 % en centres hospitaliers, dont 35 % en centres hospitaliers de traumatologie.*
- *Ces individus ont consulté dans une proportion de 18 % en cliniques médicales privées.*
- *D'autres données fournies par les établissements du réseau de la traumatologie révèlent qu'environ 1 500 Montréalais passent annuellement par les programmes régionaux de traumatologie soit en centres hospitaliers ou en centres de réadaptation.*
- *L'analyse des données révèle, sauf pour le milieu hospitalier adulte, des écarts pour les groupes, sans et avec agent payeur, autant chez l'adulte que chez l'enfant quant aux volumes, durées de séjour ou de prise en charge et HPS. Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation de ces données puisque le volume d'utilisateurs dans certaines catégories de l'échantillon est faible.*
- *Cette analyse révèle également que les personnes âgées de 65 ans et plus sont fortement touchées par un diagnostic de TCCL et qu'elles consomment plus de services en trauma et en réadaptation.*

En conclusion

- *Les différentes analyses réalisées mettent en lumière certaines faiblesses des banques de données, une difficulté de la part de quelques-uns des établissements à respecter les critères de transfert en traumatologie et une certaine iniquité entre les services offerts en réadaptation aux personnes avec et sans tiers payeurs.*

2. PORTRAIT QUALITATIF DE LA SITUATION RÉGIONALE : CONSTATS

Malgré l'évolution constante des connaissances, le flou qui a longuement entouré la problématique du TCCL n'a pas favorisé la mise en place d'une réponse optimale aux besoins de cette clientèle au Québec. De façon à compléter l'analyse des données statistiques, et en s'appuyant sur l'expérience et les connaissances des membres du comité de travail, un portrait qualitatif de la situation régionale actuelle de l'offre de service pour la clientèle avec un TCCL a été dressé en fonction des cinq zones d'amélioration privilégiées par le Ministère.

A. Efficacité du repérage des personnes victimes d'un TCCL

Bien que l'incidence observée chez les Montréalais ayant un diagnostic associé au TCCL soit plus élevée que l'incidence attendue, il n'en demeure pas moins que les professionnels sur le terrain font ressortir une problématique régionale au niveau du repérage. On souligne notamment :

- ◆ Une documentation souvent incomplète des signes et des symptômes associés au TCCL dans les dossiers des patients, ce qui limite le nombre de cas pouvant être repérés dans les centres de neurotraumatologie. Les données des établissements montréalais tirées du Registre des traumatismes du Québec démontrent que le score de Glasgow est absent dans 23 % des cas et que les informations sur l'état de conscience sont omises dans 54 % des dossiers. On y observe également que 16 % des personnes ayant entre autres un TCCL, et hospitalisées plus de trois jours, n'ont pas subi d'examen par tomodensitométrie alors que les signes cliniques documentés le justifiaient ;
- ◆ Des références pour dépistage en centre de réadaptation souvent tardives en raison de l'une ou l'autre des situations suivantes :
 - un repérage précoce inefficace, quelque soit la porte d'entrée du patient dans le réseau de la santé ;
 - l'absence de services de repérage dans les services de 1^{re} ligne autant dans les centres hospitaliers que dans les cliniques médicales privées. En milieu hospitalier, le dépistage des TCCL n'est fait qu'en centre de traumatologie ;
 - la difficulté d'avoir accès aux services de dépistage lorsque la porte d'entrée du patient n'est pas un centre de neurotraumatologie. L'accès aux services pour compléter le dépistage est plus difficile lorsque la personne n'a pas été prise en charge dès le départ par un centre de neurotraumatologie. Ainsi, pour les centres de réadaptation, la source principale de référence pour un dépistage est la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

B. Détermination du diagnostic de TCCL, évaluation et gestion du risque de complications médicales graves

L'absence de consensus sur la définition du TCCL au Québec a induit des lacunes dans la compréhension de cette problématique. À Montréal, on observe :

- ◆ Une difficulté généralisée à obtenir des diagnostics conformes et à utiliser un processus de gestion du risque de complications médicales graves qui respecte la nomenclature diagnostique et le modèle proposé par le Ministère. Même dans les centres de neurotraumatologie, on note un problème persistant d'identification du diagnostic de TCCL : entre 30 et 50 % des diagnostics initiaux sont modifiés ou éliminés en deuxième analyse par les médecins-conseil¹⁵ ;
- ◆ Un volume très important de personnes avec un diagnostic associé au TCCL dans la banque croisée de Med-Écho et de la RAMQ (14 500 par année) comparativement aux données compilées par les centres de neurotraumatologie et le Registre des traumatismes du Québec. Cette situation reflète possiblement deux problèmes :
 - plusieurs diagnostics pourraient être posés sans qu'aucun critère diagnostique du TCCL soit validé ou présent. Dans l'échantillon Med-Écho / RAMQ, on constate une sur-utilisation du code non spécifique pour qualifier l'atteinte, le « *trauma intracrânien autre* » qui représente plus de 50 % des diagnostics de l'échantillon ;
 - un non-respect des critères de transfert en centres de neurotraumatologie (voir annexe 9), illustré par le nombre et la variété de diagnostics d'atteintes neurologiques traumatiques

¹⁵ La notion de médecin conseil fait référence ici aux médecins qui ont été identifiés dans les dix (10) centres de neurotraumatologie du Québec dans le cadre de l'entente de services de réadaptation précoce en traumatologie que ces établissements ont signé avec la SAAQ.

documentés chez des personnes hospitalisées ailleurs qu'en traumatologie. Ces diagnostics auraient dû commander un transfert en neurotraumatologie (volume important de diagnostics de fractures du crâne, d'hémorragies méningées ou cérébrales ou d'interventions neurochirurgicales. Voir la figure 3, p.22).

C. Détermination du pronostic, évaluation et gestion du risque de complications fonctionnelles précoces et persistantes

L'absence de consensus allait bien au-delà de la définition du TCCL et touchait également les interventions requises auprès de cette clientèle. Cette situation a inféré un niveau de connaissances souvent partiel et très variable parmi les intervenants qui évaluent et décident de l'orientation des personnes avec un TCCL. Cette réalité se traduit ainsi dans la région :

- ◆ Une méconnaissance de la part des professionnels du modèle d'évaluation et de gestion de la morbidité initiale et persistante et des critères pronostiques influençant le devenir clinique. En particulier, au regard du rôle que jouent dans l'estimation du pronostic et le choix de l'orientation clinique :
 - la présence d'une tomодensitométrie anormale ;
 - l'âge ;
 - les facteurs psychologiques prémorbides et réactionnels.
- ◆ Une sous-estimation de l'ampleur potentielle des séquelles chez les personnes âgées qui compromettent le retour à domicile et qui nécessitent plus fréquemment des services de réadaptation spécialisés.

D. Intervention préventive

L'intervention préventive qui consiste à informer, à rassurer et à donner des conseils aux personnes ayant subi un TCCL, est maintenant reconnue comme une approche nécessaire pour limiter la morbidité et favoriser un retour rapide aux activités antérieures au traumatisme. On souligne pour la région de Montréal :

- ◆ Un manque de ressources professionnelles en centre de neurotraumatologie pour traiter la clientèle au cours des dernières années. Le besoin se fait sentir, entre autres, au plan médical, pour la révision des diagnostics et le suivi médical, et, au plan professionnel, pour effectuer les relances et le suivi des symptômes post-TCCL (fonctions II et III) ;
- ◆ Un manque d'effectifs professionnels pouvant accomplir la fonction I (information et rassurance) auprès de la clientèle cible à l'extérieur des centres hospitaliers de neurotraumatologie (c.-à-d. en CSSS, centres de traumatologie secondaires, CHSGS, cliniques médicales privées, etc.) ;
- ◆ Une suppléance devant être offerte par les centres de neurotraumatologie montréalais aux établissements hors région ou à leurs partenaires régionaux n'ayant pas de ressources ou de trajectoire régionale pour effectuer l'intervention préventive requise, ce qui entraîne une pression indue sur leurs ressources professionnelles déjà limitées.

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

Enfin, l'absence de consensus sur la problématique du TCCL a également retardé la mise en place d'une organisation de services s'appuyant sur le niveau de complexité du TCCL, le pronostic de récupération et le niveau de services approprié. Cette réalité se traduit ainsi dans la région par :

- ◆ Une problématique régionale au niveau de l'accès aux services requis par la clientèle avec un TCCL en dehors du réseau de la traumatologie et ce, tout au long du continuum de services : l'orientation primaire en traumatologie, l'entrée tardive et la réentrée dans le réseau de la traumatologie et la sortie du CH / CR ;
- ◆ Des transferts non justifiés en centres hospitaliers de neurotraumatologie alors que les lésions sont non significatives ;
- ◆ Une méconnaissance par les divers intervenants des signes et symptômes d'un TCCL motivant un transport dans un centre de traumatologie (ex. : ambulanciers, médecin, etc.) ;
- ◆ Un accès difficile aux services courants de réadaptation pour les victimes d'un TCCL lorsque la réadaptation n'a pas pour objet le TCCL, mais d'autres blessures associées ;
- ◆ Lorsque la réadaptation spécialisée n'est pas l'option requise, des difficultés à identifier des ressources pour effectuer le suivi nécessaire, notamment en soutien à domicile et en santé mentale ;
- ◆ Un volume significatif de personnes avec des facteurs de risque est dirigé tardivement en réadaptation alors qu'elles sont déjà en phase de chronicité, ce qui complexifie l'intervention.

En s'appuyant sur l'expérience et les connaissances des membres du comité de travail, un portrait qualitatif de la situation régionale de l'offre de service pour la clientèle a été dressé pour compléter les résultats de l'analyse des données statistiques. En résumé, on constate :

- *Un repérage inefficace de la clientèle avec un TCCL par les services montréalais de 1^{re} ligne ;*
- *Une difficulté généralisée à diagnostiquer le TCCL et à évaluer correctement le niveau de risque de complications médicales graves ;*
- *Une méconnaissance de la part des professionnels du modèle d'évaluation et de gestion de la morbidité initiale et persistante et des critères pronostiques influençant le devenir clinique des personnes avec un TCCL ;*
- *Un manque de ressources dédiées à l'intervention préventive dans le réseau en général et aussi en centres de neurotraumatologie alors qu'ils doivent absorber l'afflux de la clientèle incluant les personnes provenant des régions périphériques de Montréal ;*
- *Une absence d'organisation régionale des services pour l'ensemble de la clientèle avec un TCCL qui s'appuie sur le niveau de risque du TCCL (trivial, simple et complexe) et qui offre un accès rapide aux services requis selon le pronostic de récupération de la personne.*

OBJECTIFS RÉGIONAUX

Les orientations ministérielles 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 Montréal y voit là une opportunité réelle pour favoriser la mise en place d'une organisation des services pour 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 pour rectifier le tir à la suite des constats relevés dans l'état de situation. Ils ont été formulés en fonction des cinq zones d'amélioration privilégiées par le Ministère.

Rappelons que la finalité du processus d'intervention est de repérer le petit nombre d'individus qui présente 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 (par exemple, des interventions thérapeutiques curatives en vue de prévenir les cas rarissimes décès ou des interventions préventives pour contrer la pérennisation des plaintes fonctionnelles initiales, des services de réadaptation spécialisés pour les quelques cas qui le nécessitent).¹⁶

1. EFFICACITÉ DU REPÉRAGE DES PERSONNES VICTIMES D'UN TCCL

- 1.1. Sensibiliser les intervenants de la 1^{re} ligne (du réseau ou hors réseau de la traumatologie) et du préhospitalier à la problématique du TCCL et à l'importance de bien documenter les signes et symptômes associés au TCCL pour favoriser un dépistage précoce ;
- 1.2. Mettre en place des mécanismes de référence pour que la clientèle TCCL ait accès aux services du réseau de la traumatologie lorsque requis, sans égard à la porte d'entrée initiale du client dans le réseau montréalais de la santé.

2. DÉTERMINATION DU DIAGNOSTIC, ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES GRAVES

- 2.1. Renforcer l'utilisation des algorithmes décisionnels proposés dans les orientations ministérielles dans tous les milieux impliqués auprès de cette clientèle ;
- 2.2. Développer et mettre en place, au niveau local et régional, des moyens pour pallier le faible taux de diagnostics justes de TCCL ;
- 2.3. Améliorer le niveau de conformité des établissements du réseau aux critères de transfert en traumatologie.

3. DÉTERMINATION DU PRONOSTIC, ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS FONCTIONNELLES PRÉCOCES ET PERSISTANTES

- 3.1. Améliorer pour l'ensemble des partenaires du réseau de la santé, le niveau de conformité au modèle de gestion de la morbidité initiale et persistante ;
- 3.2. Améliorer pour l'ensemble des partenaires du réseau de la santé, leurs connaissances concernant l'ampleur potentielle des séquelles d'un TCCL chez les personnes âgées,

¹⁶ Les orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, MSSS, p. 35.

séquelles qui peuvent compromettre le retour à domicile et nécessiter des services de réadaptation spécialisés.

4. INTERVENTION PRÉVENTIVE PRÉCOCE

- 4.1. Appliquer, au niveau local, régional et interrégional, les rôles et responsabilités définis dans les orientations ministérielles (le bon service, au bon endroit, au bon moment) ;
- 4.2. Optimiser la contribution des établissements en favorisant la complémentarité des services disponibles selon les niveaux requis des services et des besoins de la clientèle (1^{re}, 2^e et 3^e lignes).

5. ORIENTATION DES PERSONNES VICTIMES D'UN TCCL VERS LES SERVICES REQUIS EN FONCTION DE LEURS BESOINS

- 5.1. Établir un mécanisme d'entrée tardive et de réentrée dans le programme régional TCCL ;
- 5.2. S'assurer que le modèle actuel d'organisation régionale de services posthospitaliers de réadaptation garantit la prise en charge de la clientèle TCCL lorsque la réadaptation requise n'a pas pour principal objet le TCCL (voir à l'annexe 10, l'extrait du *Cadre de référence services posthospitaliers de réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal*);
- 5.3. 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 et, formaliser, par le biais de protocoles ou d'ententes, les transferts pour des prises en charge par les ressources hors traumatologie, par exemple, en regard de la toxicomanie, la gériatrie, la santé mentale, etc.).

Des objectifs régionaux ont été définis en fonction des constats décrits dans l'état de situation. Ces objectifs visent à améliorer:

- *L'efficacité du repérage des personnes avec un TCCL par la sensibilisation des intervenants de la 1^{re} ligne et par la mise en place de mécanismes facilitant les références vers les ressources appropriées ;*
- *Le diagnostic de TCCL et la gestion du risque de complications médicales graves par l'utilisation des algorithmes décisionnels proposés par le Ministère ;*
- *Le pronostic et la gestion du risque de complications fonctionnelles par la promotion et l'utilisation du modèle de gestion proposé par le Ministère ;*
- *L'accès aux services requis pour les personnes avec un TCCL par la mise en place de paramètres d'organisation des services qui favorisent le bon service, au bon moment par la bonne ressource.*

LA TRAJECTOIRE DE SERVICES RETENUE

La trajectoire de services tracée pour les Montréalais ayant subi un TCCL tient compte de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, des besoins de la communauté anglaise et de ceux des communautés culturelles 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* ».

1. IDENTIFICATION DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LA TRAJECTOIRE

La région de Montréal a choisi un modèle mixte qui partage les responsabilités entre les différents partenaires mais en concentre la majorité en neurotraumatologie. Ces établissements assument déjà ces fonctions pour une partie importante de la clientèle montréalaise ainsi que pour celle en provenance d'autres régions. Ces centres présentent donc les avantages de posséder l'expertise en la matière ainsi que des équipes interdisciplinaires déjà dédiées à ces fonctions.

Ainsi, l'évaluation et la gestion précoce et tardive du diagnostic et du risque de complications médicales et l'évaluation et la prévention des complications fonctionnelles seront assumées par les quatre centres de neurotraumatologie de la région. L'évaluation et la gestion tardive du risque ou des complications fonctionnelles seront assurées par les quatre centres de réadaptation. L'orientation précoce et tardive de la clientèle vers l'un ou l'autre de ces huit partenaires se fera en fonction de leur territoire de desserte habituel dans le consortium régional de traumatologie pour les TCC.

Les centres de réadaptation du consortium montréalais pour les TCC offrent des services spécialisés de réadaptation aux personnes qui présentent des incapacités ou qui sont susceptibles de vivre des situations de handicap en lien avec l'atteinte traumatique cérébrale. Les personnes dont les complications ne sont pas reliées au TCC et qui ne nécessitent pas de services spécialisés de réadaptation pour les autres blessures seront orientées vers d'autres établissements ou services (ex. : services courants de réadaptation pour les blessures orthopédiques, services en santé mentale pour les pathologies psychiatriques réactionnelles ou prémorbides, les services pour les personnes en perte d'autonomie reliée au vieillissement pour les personnes présentant un profil gériatrique).

Comme la clientèle montréalaise est caractérisée par un volume important d'individus victimes d'un TCCL qui entrent par de multiples portes dans le réseau montréalais de la santé (CSSS, GMF, CR, CRI, CHSGS, cliniques médicales privées, etc.), il importe de responsabiliser et d'outiller l'ensemble des acteurs de la 1^{re} ligne, institutionnelle ou non, afin qu'ils puissent remplir les fonctions de repérage, de diagnostic et d'évaluation du risque de complications médicales.

À cet égard, il convient également de préciser le rôle des intervenants du service Info-Santé 811 qui peuvent être amenés à jouer un rôle dans l'orientation primaire ou tardive des personnes atteintes d'un TCCL. Il s'agira pour eux d'orienter la personne qui n'a pas encore consulté vers la ressource médicale requise en fonction des symptômes qu'elle présente (ex. : médecin de famille, urgence) ou encore, d'orienter celle à qui on avait donné congé d'un centre de trauma ou de neurotraumatologie (TCCL trivial adulte) mais dont l'évolution est atypique, vers les centres désignés régionalement en fonction de la source du problème (médical → neurotraumatologie, fonctionnel → réadaptation) et du temps écoulé depuis l'accident (en général, < 3

mois → neurotraumatologie ; > 3 mois → réadaptation). Par ailleurs, l'entrée tardive nécessite une prescription médicale. Info-Santé pourra exceptionnellement orienter les individus qui n'ont pas de médecin vers les centres désignés selon un protocole qui sera approuvé régionalement et par l'INESSS.

Tous ces acteurs, selon leur lieu de pratique, n'ont cependant pas accès aux mêmes ressources ou plateaux diagnostiques. Ainsi, 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 commandent une admission en milieu hospitalier. La situation est toute autre pour les médecins qui œuvrent 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 traumatologie le cas échéant.

D'autre part, le plan régional assure l'accès aux services aux clientèles anglophones. Le CUSM-Hôpital général de Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants sont des établissements désignés en vertu du Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010 (décret 919-2006). Tous les services d'un établissement désigné doivent être disponibles en anglais. L'Hôpital du Sacré-Cœur et le CHU-Sainte-Justine sont indiqués, c'est-à-dire qu'ils doivent offrir certains de leurs services en anglais. Au regard des centres de réadaptation trois sont aussi indiqués et seul le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge est désigné.

Enfin, le modèle régional retenu aura probablement des répercussions sur les ressources humaines dans les centres de neurotraumatologie. Les ressources financières et humaines devront être adaptées selon l'accroissement du volume de clients qui seront référés à ces établissements. Par ailleurs, le rôle actuel de suppléance exercé par ces centres pour les régions périphériques de Montréal devra également être transféré de façon graduelle aux régions concernées qui ont la responsabilité de mettre en œuvre leur plan d'action régional pour leur clientèle TCCL. Comme il a été mentionné précédemment, cette suppléance représente dans certains centres, une portion significative de l'ensemble de leur clientèle TCCL.

2. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES (REPÉRAGE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, INTERVENTION PRÉVENTIVE ET ORIENTATION)

Le tableau 6 présente le sommaire des responsabilités des différents partenaires tout au long du processus d'intervention auprès des personnes victimes d'un TCCL. La description détaillée des rôles et responsabilités de ces partenaires est présentée dans la section qui suit le tableau.

Tableau 7 – Sommaire des responsabilités des organisations impliquées auprès de la clientèle adulte et pédiatrique

<i>Responsabilités</i>		<i>Organisations impliquées/Clientèle adulte</i>	<i>Organisations impliquées/Clientèle pédiatrique</i>
<i>Étape I</i> <i>Mortalité et complications médicales</i>	<i>Repérage</i>	➤ Info-Santé (811) ➤ Préhospitalier ➤ Toutes les organisations de 1^{re} ligne : ◆ CSSS (CH et CLSC) ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie	➤ Info-Santé (811) ➤ Préhospitalier ➤ Toutes les organisations de 1^{re} ligne : ◆ CSSS (CH et CLSC) notamment les infirmières du réseau scolaire ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie
	<i>Diagnostic</i>	➤ Les médecins des organisations de 1^{re} ligne : ◆ CSSS (CH et CLSC) ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie	➤ Les médecins des organisations de 1^{re} ligne : ◆ CSSS (CH et CLSC) ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie
	<i>Évaluation du risque de complications médicales et conduite à suivre</i>	➤ Les médecins des organisations de 1^{re} ligne ¹⁷: ◆ CSSS (CH et CLSC) ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie	➤ Les médecins des organisations de 1^{re} ligne : ◆ CSSS (CH et CLSC) ◆ GMF, cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées cliniques privées sans rendez-vous ➤ Les autres CH non trauma (hors CSSS) ➤ Les CH secondaires et tertiaires de traumatologie

¹⁷ Le rôle confié aux médecins de 1^{re} ligne est d'identifier des facteurs de risque de complications médicales graves qui nécessitent une TDM ou une admission en milieu hospitalier.

<i>Responsabilités</i>		<i>Organisations impliquées/Clientèle adulte</i>	<i>Organisations impliquées/Clientèle pédiatrique</i>
	<i>Gestion du risque de mortalité et de complications médicales graves</i>	➤ Les CH de neurotraumatologie	➤ Les CH de neurotraumatologie
<i>Étape II</i> <i>Complications fonctionnelles</i>	<i>Évaluation et gestion du risque de complications fonctionnelles</i>	➤ Les CH de neurotraumatologie	➤ Les CH de neurotraumatologie
	<i>Intervention préventive</i>	➤ Les CH de neurotraumatologie	➤ Les CH de neurotraumatologie

Responsabilités		Organisations impliquées/Clientèle adulte	Organisations impliquées/Clientèle pédiatrique
	<i>Orientation vers les services appropriés, selon la nature des besoins</i>	Via les CSSS pour prise en charge ou orientation vers : ➤ Soins à domicile ➤ Différents programmes dont la réadaptation courante ➤ Réadaptation spécialisée en centre de réadaptation (programme TCCL) ➤ Toutes autres ressources requises (santé mentale, dépendances, etc.)	Via les CSSS pour prise en charge ou orientation vers : ➤ Soins à domicile ➤ Différents programmes dont la réadaptation courante ➤ Réadaptation spécialisée en centre de réadaptation (programme TCCL) ➤ Toutes autres ressources requises (santé mentale, réseau scolaire, Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), etc.)
<i>Entrées tardives</i>	<i>Évaluation et gestion des complications médicales</i>	➤ Les CH de neurotraumatologie Via le 811 pour orientation vers les centres désignés régionalement	➤ Les CH de neurotraumatologie Via le 811 pour orientation vers les centres désignés régionalement
	<i>Validation du diagnostic, pronostic fonctionnel, intervention préventive et orientation, prise en charge en réadaptation ou autres ressources</i>	➤ Les CH de neurotraumatologie ➤ Les centres de réadaptation Via le 811 pour orientation vers les centres désignés régionalement	➤ Les CH de neurotraumatologie ➤ Le centre de réadaptation pédiatrique Via le 811 pour orientation vers les centres désignés régionalement

Les paragraphes suivants présentent de façon plus détaillée la description des rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans la trajectoire de services.

Le service Info-Santé (811)

Le service d'information santé (811) pourra jouer un rôle dans l'orientation primaire ou tardive des personnes qui n'auraient pas encore consulté à la suite de leur traumatisme ou bien pour les personnes qui ont déjà été suivies dans le consortium montréalais mais dont l'évolution s'avère plus compliquée que prévu (TCCL trivial adulte). Les intervenants du 811 référeront les personnes en fonction de leurs problématiques et du temps écoulé depuis l'accident.

Les services de 1^{re} ligne

Tous les services de 1^{re} ligne sont responsables du repérage des personnes ayant subi un TCCL ainsi que du diagnostic et de l'identification des facteurs de risque de complications médicales graves et du transfert des patients vers un centre hospitalier, le cas échéant.

Les adultes qui ont subi un **TCCL dont le risque de complication est jugé trivial** obtiennent leur congé après avoir été rassurés sur leur condition et avoir reçu un feuillet explicatif contenant des renseignements sur le TCCL, des conseils pratiques et la conduite à suivre si les symptômes ne se résorbent pas (ex. : voir son médecin de famille pour obtenir une prescription ou sinon contacter le 811). Pour la clientèle pédiatrique, la même conduite est suivie sauf pour les enfants qui présentent au moins un facteur de risque (âgé de moins de deux ans, parents très anxieux). Ceux-ci sont référés au centre de neurotraumatologie.

Les adultes ayant subi un **TCCL dont le risque de complication est jugé simple ou complexe sans lésion significative** à la tomodensitométrie cérébrale sont observés pendant six heures ou jusqu'à ce que le patient soit orienté. On répète l'examen par tomodensitométrie au besoin. Les patients reçoivent leur congé dès que leur état est stable. Ils sont rassurés sur leur condition, reçoivent un feuillet explicatif et sont référés en centre de neurotraumatologie afin que celui-ci assure la gestion du risque de morbidité ou de symptômes persistants (les fonctions II et III). Pour les enfants, la trajectoire est la même que celle des adultes sauf pour les enfants qui requièrent un deuxième examen par tomodensitométrie. Puisque les dernières études démontrent qu'il existe des risques associés à cet examen chez les enfants et comme à Montréal, on dispose de tomodensitomètres calibrés spécifiquement pour cette clientèle, il est préférable que les enfants qui nécessitent un deuxième examen soient transférés en centre de neurotraumatologie pédiatrique.

Les adultes qui présentent un score à l'échelle de Glasgow de 13 et les personnes avec un TCCL avec lésion significative à la tomodensitométrie cérébrale (**TCCL complexe**) sont transférées ou admises en centre de neurotraumatologie. Pour la clientèle pédiatrique, tous les enfants avec un TCCL complexe sont transférés en centre de neurotraumatologie.

Les centres de neurotraumatologie

Les centres de neurotraumatologie assument la gestion du risque de mortalité et de complications médicales graves, l'évaluation et la gestion du risque de complications fonctionnelles, l'intervention préventive et orientent les patients vers les services requis selon les besoins.

Normalement, le premier contact s'établit dans les 7 à 10 premiers jours et le suivi clinique (intervention préventive, Fonction I, II et III) peut s'étendre habituellement sur une période de 3 mois, soit la période de récupération normale.

Les CSSS, les centres de réadaptation et les autres ressources spécialisées

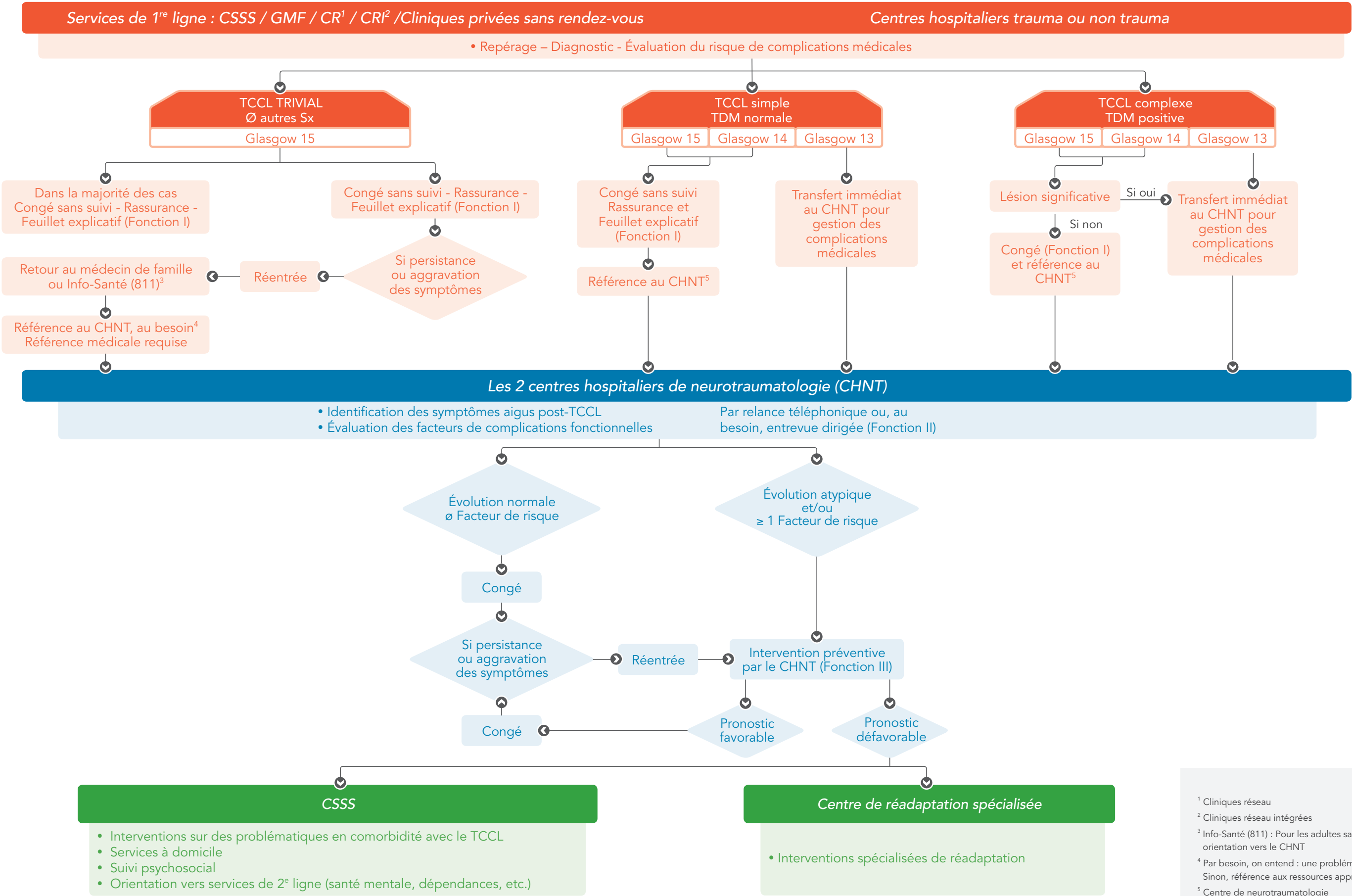
Les CSSS ont la responsabilité d'assurer les services au plan physique et psychosocial, en lien avec les problématiques survenant en comorbidité avec le TCCL par exemple, le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement incluant le soutien à domicile et l'hébergement. Les CSSS offrent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

Les centres de réadaptation offrent des services spécialisés aux personnes avec un TCCL lorsque le pronostic de récupération est jugé défavorable et que l'évolution atypique du TCCL est en lien avec l'atteinte cérébrale. La région de Montréal présente une particularité concernant son offre de service en réadaptation alors qu'il existe trois centres dédiés aux adultes et un dédié à la clientèle pédiatrique. Les jeunes de 16 et 17 ans sont orientés vers des services de réadaptation spécialisée en fonction de leurs besoins et de leur profil. Les jeunes qui présentent un profil majoritairement d'étudiant, sont dirigés vers le centre de réadaptation pédiatrique et les jeunes avec un profil de travailleur, sont dirigés vers un centre adulte. Ces décisions exigent la collaboration de l'ensemble des partenaires concernés.

Les schémas des trois trajectoires de services pour la clientèle adulte et pédiatrique, ainsi que pour les cas d'entrée tardive sont présentés ci-après.

Figure 1

Trajectoire de services pour les Montréalais avec un TCCL (clientèle adulte)



¹ Cliniques réseau
² Cliniques réseau intégrées
³ Info-Santé (811) : Pour les adultes sans médecin de famille, orientation vers le CHNT
⁴ Par besoin, on entend : une problématique reliée au TCCL. Sinon, référence aux ressources appropriées.
⁵ Centre de neurotraumatologie

Figure 2 Trajectoire de services pour les Montréalais avec un TCCL (clientèle pédiatrique)

Premières heures post-traumatisme

7-10 jours

Jusqu'à 3 mois

Selon l'évolution

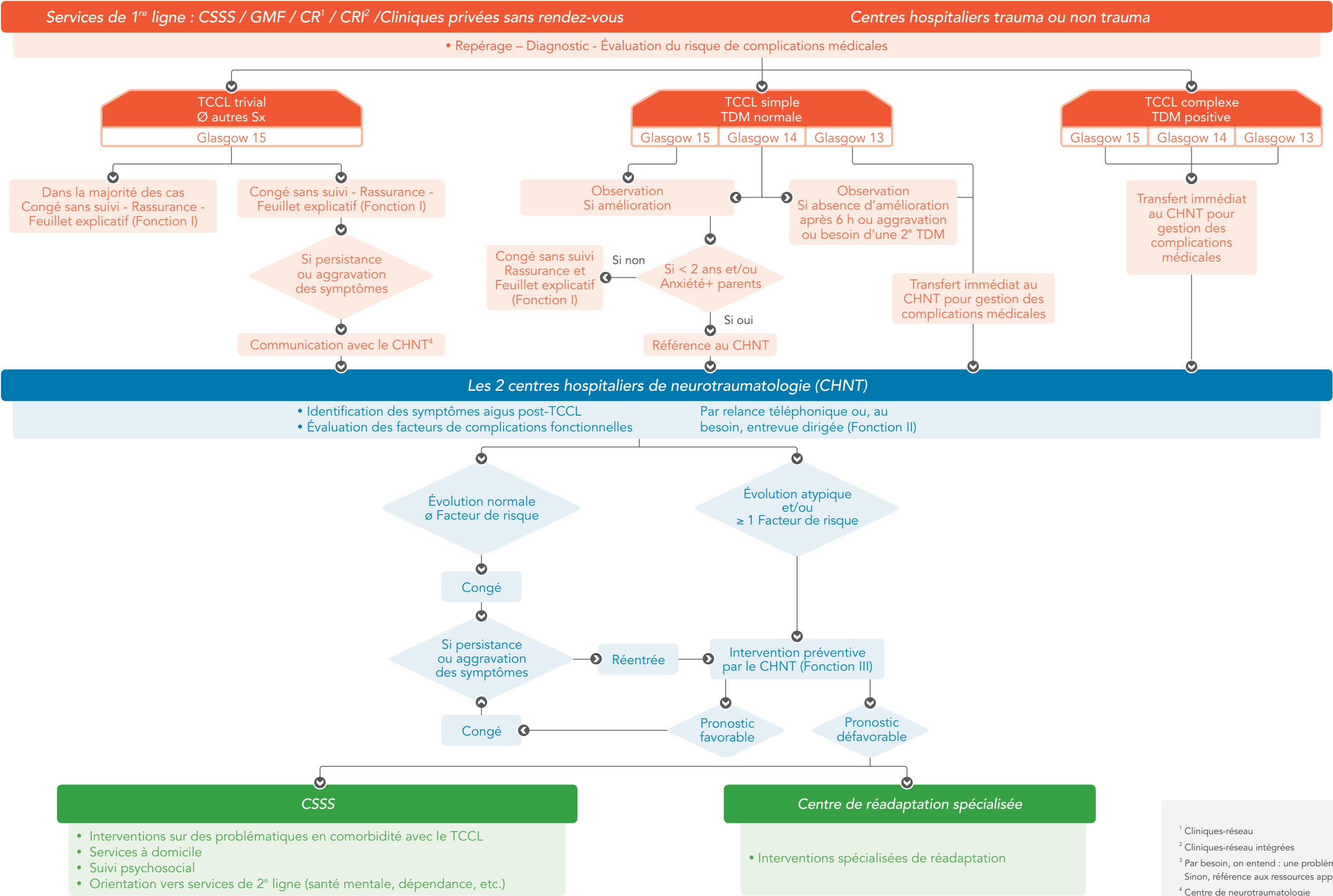
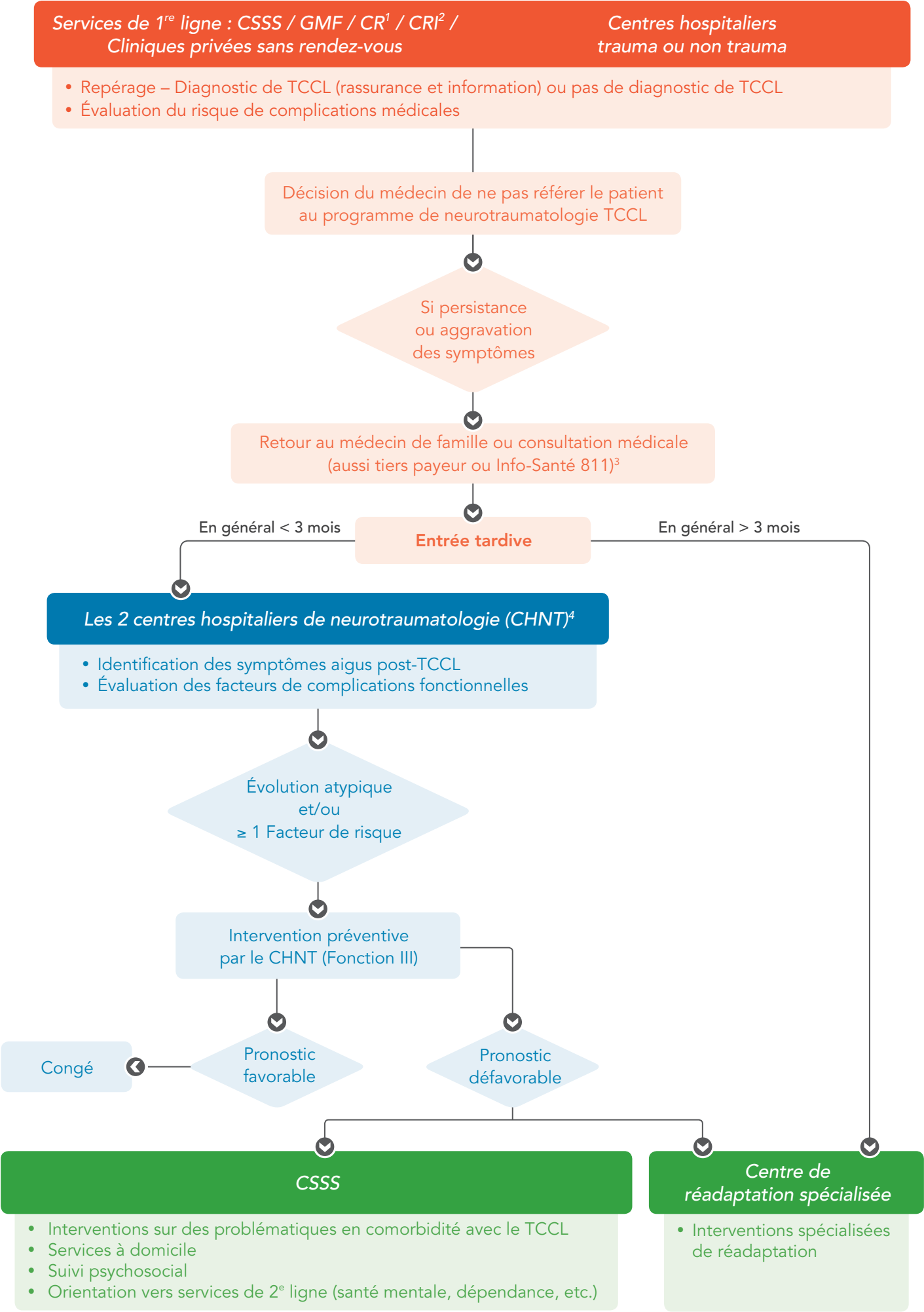


Figure 3

Trajectoire de services pour les Montréalais avec un TCCL
Entrées tardives pour clientèle adulte et pédiatrique



¹ Cliniques-réseau
² Cliniques-réseau intégrées
³ Info-Santé (811) : Pour les personnes sans médecin de famille, orientation vers le CHNT ou le CR
⁴ Centre de neurotraumatologie

3. MOYENS RETENUS POUR ASSURER L'ENGAGEMENT ET LA RESPONSABILITÉ DE CHAQUE PARTENAIRE

Le comité régional de traumatologie est constitué des représentants de toutes les organisations concernées par le projet régional sur l'organisation des services pour la clientèle ayant subi un TCCL. Ce comité est responsable de l'implantation des paramètres d'organisation régionale pour les clientèles de traumatologie, dont la clientèle ayant subi un TCCL.

4. MÉCANISMES ASSURANT LA CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins et des services entre les différents partenaires résulte, d'une part, de l'engagement de chaque partenaire et, d'autre part, d'une bonne compréhension et appropriation des modalités de la trajectoire de services. Le plan d'implantation prévoit un programme de formation incluant des activités de sensibilisation et de formation ainsi que l'élaboration d'outils de référence pour les partenaires impliqués. L'Agence supportera l'application de ce plan et en évaluera les impacts.

5. PORTE D'ENTRÉE TARDIVE ET DE RÉENTRÉE DANS LA TRAJECTOIRE

Par entrée tardive, on comprend qu'il s'agit d'une personne qui a reçu ou non un diagnostic de TCCL, mais qui n'a pas été dirigée au programme régional TCCL (CHNT). Cette personne dont les symptômes s'aggravent ou ne se résorbent pas, consulte à nouveau son médecin qui pose ou confirme un diagnostic de TCCL et la réfère au programme régional de suivi du TCCL. Selon les orientations ministérielles, « *Le processus de récupération peut être divisé grossièrement en deux étapes : la phase des symptômes aigus, qui peut s'étendre jusqu'à trois mois, et la phase des symptômes persistants, d'une durée variable, mais qui devrait se terminer à l'échéance des douze mois pour les cas d'évolution lente et d'étiologie mixte et occulte.* »¹⁸ Dans les cas d'entrée tardive, on suppose donc une évolution atypique du patient qui nécessite le départage des causes réelles des plaintes en tenant compte du diagnostic, du pronostic fonctionnel et de l'évolution habituellement associée au TCCL pour orienter la personne vers la bonne ressource.

Si le patient présente un risque ou des complications médicales, il est orienté par le médecin traitant vers un centre de neurotraumatologie, alors que s'il présente un risque ou des complications fonctionnelles, il est orienté vers un centre de réadaptation. Le délai de trois mois suivant le traumatisme sert de balise pour indiquer qu'en général, au-delà de ce délai, les symptômes persistants ne sont plus associés à l'atteinte neurologique initiale.¹⁹ **L'entrée tardive requiert une référence médicale** ou, exceptionnellement, un autre type de référence comme celle d'un tiers payeur, par exemple, la Société de l'assurance automobile du Québec pour accéder au programme régional de suivi du TCCL.

Par réentrée, on comprend qu'il s'agit d'une personne qui a consulté à la suite d'un traumatisme à la tête, qui a reçu un diagnostic de TCCL et qui a été dirigée au programme régional de suivi du TCCL (CHNT). Après avoir reçu son congé du programme régional (CHNT), cette personne communique avec la personne-ressource du programme régional,

¹⁸ Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2020, MSSS, 2005, p. 86.

¹⁹ *Ibid.*, p. 34.

car son état ne s'améliore pas (évolution atypique de celle d'un TCCL). Pour la réentrée, le patient contacte directement par téléphone la personne-ressource du programme régional puisqu'il y est déjà connu.

6. MODALITÉ DE COORDINATION RÉGIONALE DES SERVICES ET DES RESSOURCES DE LA TRAJECTOIRE

Le comité régional de traumatologie est l'instance de coordination régionale, responsable de l'implantation des paramètres d'organisation des services pour la traumatologie dont fait partie la clientèle TCCL. Il assure le suivi de l'application de la trajectoire de services et prend les moyens pour augmenter l'efficacité des soins et des services dispensés à cette clientèle.

7. MODALITÉ PERMETTANT D'ASSURER UNE ACCESSIBILITÉ ÉQUITABLE AUX SERVICES INDÉPENDAMMENT DE LA PRÉSENCE D'UN AGENT PAYEUR

Les services aux personnes ayant subi un TCCL sont offerts sans égard à la présence ou non d'un agent payeur. C'est la ligne de conduite et l'objectif qui sont visés par le projet régional. Ces services concernent le repérage, le diagnostic et la gestion du risque de complications médicales graves, le pronostic, la gestion de complications fonctionnelles et l'intervention préventive ainsi que l'orientation de la clientèle vers les ressources appropriées.

La présence d'un agent payeur peut toutefois faciliter la référence à des ressources privées (par exemple, services en psychologie) ce qui permet d'éviter des délais d'accès à ces ressources en CSSS.

En résumé, la trajectoire de services retenue précise le cheminement de la clientèle au sein de l'organisation régionale. Ainsi,

- *les acteurs de la 1^{re} ligne sont responsables des fonctions de repérage, de diagnostic et d'évaluation du risque de complications médicales graves ;*
- *la gestion du risque de complications médicales graves, l'évaluation du risque de complications fonctionnelles (fonction II) et l'intervention préventive (fonction III) sont concentrées dans les quatre centres de neurotraumatologie, (2) pédiatriques et (2) pour adultes. Cependant, les ressources financières et humaines devront être adaptées selon l'accroissement du volume de clients qui leur seront référés. Toutefois, le rôle actuel de suppléance exercé par ces centres pour les régions périphériques de Montréal devra être rempli de façon graduelle par les régions concernées ;*
- *les CSSS fournissent les services requis par cette clientèle principalement au niveau des services de soutien à domicile, des interventions sur des problématiques survenant en comorbidité avec le TCCL, programme de santé mentale, de dépendances, etc. ;*
- *les centres de réadaptation continuent d'offrir des services spécialisés lorsque le pronostic de récupération est jugé défavorable et que l'évolution atypique du TCCL est en lien avec l'atteinte cérébrale ;*

Des modalités sont prévues pour assurer l'accessibilité aux services et la continuité des soins.

LE PROCESSUS RÉGIONAL DE MONITORAGE, DE SUIVI, DE GESTION ET D'ÉVALUATION

1. PROCESSUS DE REDDITION DE COMPTE RÉGIONAL CONCERNANT LE NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS RÉGIONAUX ET DE L'EFFICACITÉ DE LA TRAJECTOIRE

L'élaboration de tableaux de bord régionaux résulte de la collaboration de l'Agence et des établissements concernés, et ce, dans le but de faire le lien entre les plans d'action régionaux et la mise en œuvre locale. 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.

Le tableau de bord sur le suivi du projet régional pour la clientèle avec un TCCL a été construit à partir des systèmes existants. Il fournira un portrait annuel de l'ensemble de la population montréalaise qui présente un diagnostic relié à un TCCL et un portrait plus spécifique de la clientèle prise en charge dans le réseau de la traumatologie. Comme mentionné dans le présent document, on constate qu'il existe des lacunes au niveau des services offerts aux personnes victimes d'un TCCL. Le tableau de bord mis en place, doit donc être en mesure de démontrer que la trajectoire de services pour les Montréalais victimes d'un TCCL a été ajustée pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle et répondre ainsi au mandat confié à la région. Soulignons qu'un groupe de travail, composé de représentants des centres de neurotraumatologie et des centres de réadaptation, s'est réuni en vue de sélectionner et de recommander des indicateurs qui témoignent de l'atteinte des objectifs. Le tableau de bord proposé sera mis à jour à partir des banques jumelées de Med-Écho et de la RAMQ de l'Agence et du système W-STAT déjà utilisé par les établissements concernés pour la gestion de leur programme.

La structure du tableau de bord est basée sur les cinq zones d'amélioration privilégiées par le Ministère pour les projets d'organisation des services régionaux :

- L'efficacité du repérage des personnes ayant 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.

Une sixième cible a été ajoutée à la demande du groupe de travail afin de suivre les « réentrées » dans le programme.

Le tableau suivant présente les indicateurs retenus, la justification ainsi que la source. Le plan triennal aura aussi des indicateurs afin d'évaluer l'implantation de la trajectoire régionale.

Tableau 8 – Liste des indicateurs

Six zones évaluées	Indicateurs retenus	Justifications	Sources de données
1. Repérage	Pourcentage d'usagers Montréalais avec un diagnostic associé au TCCL selon la norme de 600/100,000 de population.	• Permet d'évaluer, à partir d'une liste de diagnostics, le pourcentage d'usagers différents qui ont obtenu des services dans l'un ou l'autre des différents milieux de soins suivants : l'urgence, l'hospitalisation, les cliniques médicales, les cliniques externes ; • Mettre en relation avec la norme de 600 usagers repérés / 100 000 de population.	Banques de données jumelées Med-Écho et RAMQ (ASSSM).
	Pourcentage d'augmentation du nombre de références au programme régional de suivi TCCL.	• Permet de suivre d'une année à l'autre l'augmentation attendue du nombre de personnes référées au programme ; – La provenance des références permet de mesurer l'efficacité du mécanisme de repérage (à partir des CH et des cliniques médicales) et de la mise en place des corridors de services ; – Le territoire de résidence de l'utilisateur permet de comparer le nombre d'usagers potentiels (selon la norme) versus le nombre réel d'usagers référés ; – L'âge permet de documenter les particularités de certaines clientèles comme les personnes âgées de 65 ans et plus.	W-STAT (Établissements visés).

Six zones évaluées	Indicateurs retenus	Justifications	Sources de données
	Pourcentage d'usagers qui sont référés au programme selon la norme du 7-10 jours pour un premier contact.	Permet d'évaluer le pourcentage d'usagers référés dont le délai entre l'événement et la référence dépasse la norme acceptable²⁰).	W-STAT (Établissements visés).
2. Confirmation, infirmation du diagnostic	Pourcentage d'usagers référés dont le diagnostic de TCCL est confirmé.	- Permet de confirmer les diagnostics de TCCL posés par les médecins qui réfèrent ; - Le niveau de complexité du TCCL et la provenance des usagers permettent aussi d'évaluer le niveau de conformité des partenaires aux algorithmes décisionnels et les endroits à cibler pour faire de la sensibilisation et de l'éducation.	W-STAT (Établissements visés).
3. Gestion du risque de complications médicales graves	Pourcentage d'usagers référés aux 4 centres de neurotraumatologie en provenance des CHSGS.	Permet d'évaluer le pourcentage d'usagers référés à partir des centres hospitaliers vers un des quatre centres de neurotraumatologie, et ce, par rapport au nombre total d'usagers avec TCCL dans les hôpitaux de Montréal. On s'attend à ce que l'implantation du programme et une formation plus soutenue fassent augmenter ce pourcentage et diminuer les risques de complications médicales pour ces usagers.	Med-Écho (ASSSM).

²⁰ Dans la première année de la phase d'implantation, ce délai est fixé à 30 jours. Cette cible sera évaluée à la baisse par la suite pour atteindre 7-10 jours à la fin de la phase d'implantation.

Six zones évaluées	Indicateurs retenus	Justifications	Sources de données
4. Évaluation des facteurs de risque fonctionnels et intervention préventive	Durée totale des interventions (HPS) concernant les fonctions II et III (Évaluation + Interventions préventives) du programme régional de suivi TCCL.	- Permet d'évaluer l'impact de l'implantation du plan d'action sur les ressources du programme régional de suivi TCCL ; - La durée de prise en charge sera calculée à partir de la date de la 1^{re} intervention jusqu'au congé ; - En lien avec la reddition de compte et l'impact sur les ressources.	W-STAT (Établissements visés).
5. Orientation au congé	Pourcentage d'utilisateurs qui ont été orientés vers des services du réseau de la santé à la suite de leur congé du programme régional de suivi TCCL.	Permet d'évaluer le pourcentage d'utilisateurs qui requièrent des services du réseau à la suite de leur congé par rapport à ceux dont les traitements sont terminés.	W-STAT (Établissements visés).
6. Réentrée d'une personne au programme régional de suivi du TCCL	Pourcentage d'utilisateurs qui consultent à nouveau après avoir eu un congé du programme régional de suivi du TCCL.	Permet d'évaluer le nombre d'utilisateurs dont le dossier est ouvert à nouveau à la suite d'un congé, et ce, pour son TCCL.	Données fournies par les établissements visés.

La fréquence de mise à jour des informations sera réalisée annuellement. Pour ce qui est de l'analyse des trajectoires de services, les indicateurs seront analysés en tenant compte que l'épisode de soins d'un usager a été complété au cours de l'année. Pour ce faire, l'usager doit avoir eu son congé avant le 31 mars de l'année. Il sera toujours possible d'ajouter d'autres indicateurs de volume par exemple le nombre d'admissions, d'inscriptions, le nombre diagnostics retenus, ou autre.

À noter que différents croisements seront effectués (par exemple selon l'âge ou le sexe des usagers, selon l'établissement, la présence d'un tiers payeur, etc.) et ce, en tenant compte des variables qui seront extraites du système W-STAT. La liste de ces variables est présentée à l'annexe 8. La validité des indicateurs du tableau de bord dépend de la rigueur avec laquelle les établissements saisiront les données dans le système.

Enfin, soulignons qu'un monitoring de nature plus qualitative sera réalisé tout au long de l'actualisation du plan d'implantation. Ces indicateurs sont énumérés dans le plan d'implantation présenté à la page 67 et ils concernent, par exemple, l'évaluation de la formation

des intervenants, le nombre de dépliants d'information distribués, le nombre de médecins rejoints, etc.

En résumé, un processus de reddition de compte régional sur le niveau d'atteinte des objectifs régionaux et l'efficacité de la trajectoire a été élaboré. Un tableau de bord sur le suivi du projet a été construit, en collaboration avec les établissements concernés, à partir des systèmes de données existants. Aussi, un monitoring de nature plus qualitative est prévu pour assurer le suivi du plan d'implantation.

La résolution de certains problèmes identifiés quant à l'offre de service pour les Montréalais avec 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 à :

- L'expertise inégale des différents acteurs concernés : la méconnaissance de la problématique du TCCL (critères diagnostiques et pronostiques), des besoins de services de la clientèle et des services disponibles pour ces personnes (trajectoire de services), tant pour les intervenants du réseau de la traumatologie que pour ceux qui n'appartiennent pas à ce réseau ;
- L'identification de la clientèle (le repérage) qui semble difficile, parfois même en centre de neurotraumatologie et l'établissement de diagnostics de TCCL dans le respect des critères et de la nomenclature diagnostiques recommandés par le Ministère.

Ces difficultés relèvent en grande partie du manque d'expertise. Elles méritent une attention particulière compte tenu de leur ampleur et leur impact sur toute la chaîne d'interventions. Les intervenants, indépendamment de leur niveau ou lieu de pratique, auront besoin d'information et de formation notamment, au niveau du diagnostic différentiel ou de la rassurance auprès des personnes ayant subi un TCCL. Il faudra leur accorder le soutien nécessaire, délimiter clairement leurs responsabilités concernant cette clientèle ainsi que l'arrimage souhaité avec les partenaires du programme régional de suivi du TCCL.

1. LES MESURES POUR MAINTENIR ET DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES CLINICIENS

La mise en place d'un plan de formation comprend une série d'activités dont le but consiste à favoriser l'amélioration des compétences d'un public cible. Le plan de formation doit prendre en compte les situations à améliorer, les besoins des professionnels et les différentes contraintes organisationnelles. Pour réaliser ce travail, on mettra sur pied un groupe qui devra, à partir de l'analyse de la situation faite dans le cadre de la présente démarche :

- Prioriser les besoins de formation des partenaires concernés par la problématique du TCCL ;
- Identifier les objectifs visés par la formation ;
- Déterminer les thèmes à aborder ;
- Identifier les publics visés ;
- Choisir les stratégies et les activités de formation qui permettent d'atteindre les objectifs ;
- Prévoir des mesures qui permettent d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs ciblés par le plan de formation.

Ce groupe de travail réunira des représentants de l'ensemble des partenaires concernés par le processus de formation. Il sera composé de :

- Un ou des représentants des médecins et professionnels des centres de neurotraumatologie (volet pédiatrique et adulte) ;

- Un ou des représentants des CSSS (volet hospitalier et volet CLSC) ;
- Un ou des représentants des centres de réadaptation en déficience physique ;
- Un représentant de la direction des affaires cliniques, médicales et universitaires, ASSSM ;
- Un représentant des RUIS ;
- Un représentant de la direction des programmes-services, ASSSM ;
- Un représentant de la direction associée ressources humaines, approches qualité et affaires juridiques, ASSSM.

2. LES MESURES POUR DIFFUSER LES CONNAISSANCES AUPRÈS DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

Après l'identification des objectifs à atteindre, les thèmes à aborder et les publics visés, on doit déterminer et planifier les activités de formation à réaliser pour atteindre les résultats escomptés. Ainsi, le groupe de travail devra se pencher sur :

- Le matériel pédagogique disponible (CD élaborés par le Ministère), les meilleures façons de transmettre ces connaissances et les outils à développer en priorité. À cet effet, plusieurs suggestions ont été faites dans le cadre de cette démarche :
 1. Activités de formation auprès des intervenants de la 1^{re} ligne (à partir des structures de formation médicale continue ou autres) et du milieu préhospitalier sur :
 - ◆ la problématique du TCCL et l'importance de bien documenter les signes et symptômes associés au TCCL ;
 - ◆ le modèle de gestion de la morbidité initiale et persistante ;
 - ◆ les risques de complications fonctionnelles, en particulier à l'égard du risque de chronicisation, notamment chez les personnes indemnisées, les personnes âgées, les personnes qui font des abus de substances, en santé mentale, etc. ;
 - ◆ les paramètres d'organisation des services pour les TCCL à Montréal (les trajectoires de services).
 2. Diffusion des algorithmes décisionnels pour la gestion de complications médicales graves à la suite d'un TCCL (adulte et pédiatrique) auprès des médecins de la 1^{re} ligne ;
 3. Élaboration d'un formulaire unique de référence au programme régional de suivi du TCCL par les médecins de la 1^{re} ligne ou autres professionnels concernés²¹ ;
 4. Élaboration d'un feuillet d'information à l'intention des personnes ayant subi un TCCL pour soutenir le processus d'intervention des professionnels de la 1^{re} ligne auprès des personnes avec un TCCL (offrir de la rassurance). La pertinence d'utiliser deux formulaires, un pour les TCCL dont le risque de complication est jugé simple et complexe et un autre adapté aux TCCL dont le risque de complication est jugé trivial devra être évaluée par le groupe de travail ;

²¹ Bien que le modèle s'attarde davantage aux intervenants de la 1^{re} ligne, cela n'exclut pas que ceux de la 2^e ou de la 3^e ligne puissent avoir accès aux services prévus dans la trajectoire régionale. De fait, tout intervenant qui le juge nécessaire peut référer un patient à l'un ou l'autre des centres désignés en fonction de la problématique en cause (i.e. complication médicale ou fonctionnelle).

5. Élaboration d'un formulaire régional pour donner une rétroaction aux médecins de la 1^{re} ligne qui ont référé leur patient au programme régional de suivi du TCCL ;
- L'identification de critères pour désigner les formateurs ;
 - L'évaluation du temps nécessaire à consacrer à chacune des activités ;
 - L'évaluation des besoins en termes de ressources humaines, financières et matérielles pour la réalisation de ces activités.

En résumé, les intervenants auront 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 programme régional de suivi du TCCL. Un groupe de travail réunissant des représentants de l'ensemble des partenaires concernés participera à l'élaboration d'un plan de formation.

LE PLAN D'IMPLANTATION TRIENNAL DU PROJET RÉGIONAL – 2011 - 2014

Le plan d'implantation reprend les objectifs visés en fonction des problématiques régionales identifiées et de chaque cible d'amélioration formulée dans les orientations ministérielles. Le plan présente aussi les stratégies et les moyens retenus pour atteindre les objectifs ainsi que les responsables et les collaborateurs associés à la réalisation des actions qui en découlent. Enfin, les résultats ciblés et les indicateurs d'atteinte des résultats ainsi que les échéanciers complètent le plan d'implantation.

Le tableau 8 présente sous forme schématisée l'échéancier de réalisation des principaux objectifs régionaux en fonction des cibles ministérielles.

Tableau 9 - Schématisation du plan triennal d'implantation

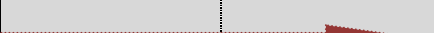
AXE ET OBJECTIFS	1 ^{RE} ANNÉE	2 ^E ANNÉE	3 ^E ANNÉE
1. REPÉRAGE			
▪ Sensibiliser les intervenants			
▪ Faciliter l'accès hors traumatologie			
2. DIAGNOSTIC			
▪ Augmenter les connaissances			
▪ Mettre en place des mécanismes de consultation pour les médecins			
▪ Assurer le respect des critères de transfert en traumatologie			
3. PRONOSTIC			
▪ Augmenter la compréhension du modèle d'intervention			
▪ Assurer la conformité au modèle			
4. INTERVENTION PRÉVENTIVE			
▪ Assurer la complémentarité entre les établissements			
▪ Procéder au transfert des responsabilités aux régions limitrophes	À déterminer selon les ententes interrégionales		
5. ORIENTATION			
▪ Faciliter les entrées/réentrées tardives			
▪ Assurer l'accès à la réadaptation si le TCCL n'est pas problématique			
▪ Réduire les délais de prise en charge			
6. MONITORAGE			
▪ Développer un outil			
▪ Procéder à une évaluation annuelle			
▪ Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation du plan d'implantation			

Tableau 10 - Plan d'implantation triennal – Organisation des services pour la clientèle montréalaise ayant subi un TCCL (clientèle adulte et pédiatrique)

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE REPÉRAGE					
- Documentation souvent incomplète des signes et symptômes associés au TCCL dans les dossiers hospitaliers, ce qui limite le nombre de cas pouvant être repérés (ex. : Glasgow, état de conscience, amnésie rétrograde et antérograde souvent omises) - Entrée dans le consortium pour le TCC pour compléter le dépistage plus difficile lorsque la personne n'a pas été prise en charge dès le départ par un centre de traumatologie tertiaire (ex. : hors traumatologie tertiaire, la source principale de référence pour un dépistage est la SAAQ) - Références pour dépistage aux centres de réadaptation souvent tardives en raison de l'une ou l'autre des raisons suivantes : - un repérage précoce inefficace en amont (quelque soit le point d'entrée du patient) - l'absence de services de dépistage précoce ailleurs qu'en CHNT - la difficulté d'avoir accès aux services de dépistage en CHNT lorsque l'orientation primaire est autre					
OBJECTIFS	STRATÉGIES / MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
1. Sensibiliser les intervenants en préhospitalier et de la 1 ^{re} ligne (trauma et non-trauma) à la problématique du TCCL et à l'importance de bien documenter les signes et symptômes associés au TCCL pour favoriser un repérage efficace et une gestion adéquate des risques de complications	1.1 Élaboration et application d'un plan de formation destiné aux professionnels et aux médecins de la 1^{re} ligne. Le plan devra inclure des activités de sensibilisation sur la problématique du TCCL et sur l'importance de bien documenter les signes et symptômes associés au TCCL auprès des ambulanciers et des médecins et professionnels de la 1^{re} ligne œuvrant en CSSS (CH et CLSC), GMF, Cliniques-réseau, Cliniques-réseau intégrées, cliniques médicales sans rendez-vous, CH non trauma (hors CSSS), CH secondaires et tertiaires de traumatologie 1.2 Diffusion des algorithmes décisionnels pour la gestion de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL (adulte et pédiatrique) auprès des médecins de la 1^{re} ligne 1.3 Élaboration d'un feuillet d'information à l'intention des personnes ayant subi un TCCL pour soutenir le processus de rassurance des professionnels de la 1^{re} ligne. La pertinence d'utiliser deux formulaires, un pour les TCCL dont le risque de complication est jugé simple ou complexe sans lésion significative et un autre adapté aux TCCL dont le risque de complication est jugé trivial sera évaluée par le groupe de travail	- ASSSM (R) - Médecins et cliniciens issus du programme régional de suivi du TCCL (C) - Urgences-Santé (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 (ex. : CD par le MSSS) - Plan de formation accepté par le comité régional de traumatologie - Désignation des formateurs - Mise en œuvre du plan de formation - Ressources financières et matérielles suffisantes pour soutenir la mise en œuvre du plan de formation - 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	- Description des activités de sensibilisation et de formation réalisées auprès des médecins et professionnels de la 1^{re} ligne : nature de l'activité et nombre de personnes rejointes selon le lieu de pratique. Par exemple, les algorithmes ont été diffusés auprès des médecins des GMF lors de formations médicales continues à telle date - Nb d'heures de formation par mois - Ressources financières et matérielles disponibles - Nombre de feuillets distribués - Mesure du niveau de satisfaction des médecins et professionnels quant à l'utilisation du feuillet auprès de leur clientèle.	Mise en œuvre du plan de formation : 1^{re} année : - Recensement du matériel (2 mois) - Élaboration du matériel didactique et du matériel d'information (feuillet) (6 mois) - Diffusion de la formation et des informations (1 an) 3^e année : - Consolidation de la formation et de l'information (au cours de la dernière année du plan)

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE REPÉRAGE (suite)

- Documentation souvent incomplète des signes et symptômes associés au TCCL dans les dossiers hospitaliers, ce qui limite le nombre de cas pouvant être repérés (par exemple, Glasgow, état de conscience, amnésie rétrograde et antérograde souvent omis)
- Entrée dans le consortium pour le TCC pour compléter le dépistage plus difficile lorsque la personne n'a pas été prise en charge dès le départ par un centre de traumatologie tertiaire (ex. : hors traumatologie tertiaire, la source principale de référence pour un dépistage est la SAAQ)
- Références pour dépistage aux centres de réadaptation souvent tardives en raison de l'une ou l'autre des raisons suivantes :
 - un repérage précoce inefficace en amont (quelque soit le point d'entrée du patient)
 - l'absence de services de dépistage précoce ailleurs qu'en CHNT pour la phase hospitalière ou médicale
 - la difficulté d'avoir accès aux services de dépistage en CHNT lorsque l'orientation primaire est autre

OBJECTIFS	STRATÉGIES / MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
2. Faciliter l'accès de la clientèle TCCL aux services du réseau de la traumatologie lorsque requis, sans égard à la porte d'entrée initiale dans le réseau de la santé	2.1 Accès au programme sur référence médicale pour les personnes avec un TCCL dont le risque de complication est jugé simple ou complexe, et pour les personnes avec un TCCL dont le risque de complication est jugé trivial dont l'évolution est atypique. Les enfants avec un TCCL trivial dont l'évolution est atypique (ou les parents) peuvent communiquer directement avec la personne-ressource du programme régional de suivi du TCCL ²² 2.2 Élaboration d'un formulaire unique de référence au programme régional de suivi du TCCL par les médecins de la 1 ^{re} ligne	▪ ASSSM (R) ▪ Groupe de travail formé de représentants du programme régional de suivi du TCCL (C)	▪ Approbation d'un formulaire unique²³ pour référence au programme régional de suivi du TCCL par le comité régional de traumatologie ▪ Diffusion du formulaire unique aux médecins et professionnels de la 1^{re} ligne	▪ Utilisation du formulaire unique pour référence au programme régional ▪ Satisfaction des utilisateurs au regard du formulaire	▪ Approbation du formulaire au cours de la 1^{re} année ▪ Diffusion à compter de la fin de la 1^{re} année jusqu'à la fin de la 2^e année

²² Le programme régional de suivi du TCCL (adultes et enfants) comprend les centres de neurotraumatologie, les centres de réadaptation et le centre hospitalier de réadaptation du consortium régional pour les personnes ayant subi un TCC.

²³ La possibilité d'utiliser deux formulaires, un pour les TCCL triviaux et l'autre pour les TCCL simples et complexes sera étudiée.

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE DIAGNOSTIC AINSI QUE L'ÉVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES GRAVES

- Difficulté généralisée à obtenir des diagnostics conformes et à utiliser un processus de gestion du risque de complications médicales graves qui respectent la nomenclature diagnostique et le modèle proposés par le MSSS (ex. : absence fréquente du Glasgow et de la TDM)
- Problème persistant d'identification du diagnostic de TCCL (même dans les CHNT) ; entre 30 et 50 % des diagnostics initiaux sont modifiés ou éliminés en deuxième analyse par les médecins-conseil
- Volume très important d'individus identifiés dans l'échantillon croisé Med-Écho / RAMQ (+ 14 500 par an) en comparaison aux banques locales des CH de traumatologie et au RTQ, suggérant possiblement que plusieurs diagnostics pourraient être posés sans qu'un critère diagnostique du TCCL ne soit validé ou présent (ex. : sur-utilisation dans l'échantillon RAMQ – Med-Écho d'un code non spécifique pour qualifier l'atteinte, c.-à-d. 8 540 : trauma intracrânien autre, dans > 50 % des cas)
- Non-respect des critères de transfert en traumatologie, illustré par le nombre et la variété de diagnostics d'atteintes neurologiques traumatiques retrouvés chez des personnes hospitalisées ailleurs qu'en traumatologie, des diagnostics qui auraient dû commander un transfert en traumatologie (ex. : volume important de diagnostics de fractures du crâne, d'hémorragies méningées ou cérébrales ou d'interventions neurochirurgicales)

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
3. Augmenter le niveau de connaissance des médecins de la 1 ^{re} ligne à l'égard de la clientèle TCCL et renforcer l'utilisation des algorithmes proposés dans les orientations ministérielles pour le TCCL	3.1 Idem que les points 1.1 à 1.4	▪ ASSS (R) ▪ Groupe de travail issu du programme régional de suivi du TCCL (C)	▪ Idem que pour les objectifs # 1 et # 5	▪ Idem que pour les objectifs # 1 et # 5	▪ Idem que pour les objectifs # 1 et # 5
4. Développer et mettre en place, au niveau local et régional, des moyens pour pallier au faible taux de diagnostics justes de TCCL	4.1 Élaboration d'un formulaire régional pour donner une rétroaction aux médecins de la 1 ^{re} ligne qui ont référé leur patient au programme régional de suivi du TCCL 4.2 Instauration d'un mécanisme de réponses aux besoins d'information et de consultation pour les médecins de la 1 ^{re} ligne hors réseau de la traumatologie : ces médecins peuvent communiquer avec les personnes contact du programme régional de suivi du TCCL	▪ Groupe de travail issu du programme régional de suivi du TCCL (C) ▪ ASSS (C) ▪ Centres de neurotraumatologie (R)	▪ Formulaire régional approuvé par le comité régional de traumatologie ▪ Diffusion du formulaire ▪ Transmission de l'information aux médecins de la 1^{re} ligne concernant le numéro à composer pour rejoindre les médecins experts du programme régional	▪ Mesure du niveau de satisfaction des médecins de la 1^{re} ligne concernant : • la rétroaction écrite donnée par le programme régional de suivi du TCCL • la réponse aux besoins d'information et de consultation	▪ Approbation du formulaire au cours de la 1^{re} année ▪ Diffusion à compter de la fin de la 1^{re} année jusqu'à la fin de la 2^e année

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE DIAGNOSTIC AINSI QUE L'ÉVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES GRAVES

5. Améliorer le niveau de conformité des établissements du réseau de la santé montréalais aux critères de transfert des personnes avec un TCCL aux centres de neurotraumatologie	5.1 Formalisation de corridors de services entre CH de traumatologie secondaires et tertiaires de Montréal pour la clientèle avec un TCCL suivant les protocoles déjà existants pour les personnes ayant subi un TCC grave ou modéré 5.2 Lorsque requis, les personnes avec un TCCL sont transférées des centres hospitaliers de Montréal aux centres de neurotraumatologie selon les modalités établies en traumatologie	▪ Centres hospitaliers de traumatologie secondaires et tertiaires de Montréal (R) ▪ Agence (C) ▪ Comité régional de traumatologie (C)	▪ Modification des protocoles actuels pour inclure la clientèle avec un TCCL ▪ Diffusion des informations relatives aux protocoles et aux modalités de transfert s'appliquant aux TCCL auprès des médecins de la 1^{re} ligne	▪ Protocoles incluant la clientèle avec un TCCL conclus entre les établissements concernés ▪ Évaluation de la conformité des CH de Montréal aux critères de transfert des personnes avec un TCCL vers les centres de neurotraumatologie	▪ Protocoles conclus au cours de la 1^{re} année ▪ Diffusion des informations à compter de la fin de la 1^{re} année jusqu'à la fin de la 2^e année
---	---	---	--	--	--

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE PRONOSTIC AINSI QUE L'ÉVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS FONCTIONNELLES

- Méconnaissance du modèle d'évaluation et de gestion de la morbidité initiale et persistante et des critères pronostiques influençant le devenir clinique. En particulier, au regard du rôle que jouent dans l'estimation du pronostic et le choix de l'orientation clinique :
 - la présence d'une TDM anormale
 - l'âge
 - les facteurs psychologiques prémorbides et réactionnels
- Sous-estimation de l'ampleur potentielle des séquelles chez les personnes âgées qui compromettent le retour à domicile et qui nécessitent plus fréquemment des services de réadaptation spécialisés

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
6. Améliorer pour l'ensemble des partenaires du réseau de la santé, le niveau de conformité au modèle de gestion de la morbidité initiale et persistante 7. Améliorer pour l'ensemble des partenaires du réseau de la santé, leurs connaissances concernant l'ampleur potentielle des risques de complications fonctionnelles d'un TCCL, notamment chez les personnes âgées, pour qui les séquelles peuvent compromettre le retour à domicile et nécessiter des services de réadaptation spécialisés	6.1 et 7.1 Plan de formation destinée aux médecins et aux professionnels surtout de la 1 ^{re} ligne contient les informations nécessaires pour rehausser : ▪ 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) ▪ Groupe de travail issu du programme régional de suivi du TCCL (C)	▪ Idem que les objectifs # 1 et # 5	▪ Idem que les objectifs # 1 et # 5	▪ Idem que les objectifs # 1 et # 5

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE

- Manque de ressources professionnelles en CH tertiaire adulte pour absorber l'augmentation du volume de la clientèle vécue au cours des cinq dernières années. Le besoin se fait sentir, entre autres, au plan médical (révision du diagnostic et suivi médical) et au niveau des autres professionnels (relances et suivi des symptômes post-TCCL)
- Manque d'effectifs professionnels, spécialisés ou non, pour prendre en charge (Fonction I) la clientèle cible à l'extérieur de la traumatologie tertiaire (c.-à-d. en CSSS, centres de traumatologie secondaires, CHSGS, cliniques, etc.)
- Suppléance devant être offerte par les CH tertiaires – adultes aux établissements hors région ou à leurs partenaires régionaux n'ayant pas de ressources pour effectuer l'intervention préventive requise, ce qui entraîne une pression indue sur leurs ressources professionnelles déjà limitées.

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
8. Appliquer, au niveau régional et interrégional, les rôles et responsabilités définis dans les orientations ministérielles pour le TCCL 9. Optimiser la contribution des établissements en favorisant la complémentarité des services disponibles selon les niveaux requis (1^{re}, 2^e et 3^e ligne)	8.1 Pour les régions desservies par les CHNT de Montréal, formalisation des mécanismes de prise en charge régionale des patients avec un TCCL transférés/référés à Montréal post gestion du risque de complications médicales graves, puisque chaque Agence doit déposer un Plan régional d'organisation des services pour les personnes avec un TCCL qui devrait contenir un objectif visant l'autonomie régionale pour cette clientèle. Les établissements de Montréal continuent à jouer leur rôle de consultation auprès des autres régions 9.1 Développer des protocoles d'ententes définissant les rôles, modalités d'accès et de rétroaction afin de favoriser la complémentarité entre les niveaux de spécialisation des services	▪ ASSSM (R) ▪ Les comités régionaux de traumatologie (C)	▪ Discussions avec les comités régionaux de traumatologie des régions concernées pour convenir de mécanismes de prise en charge régionale pour la clientèle avec un TCCL et leur mise en œuvre.²⁴ ▪ Optimiser la complémentarité et favoriser un accès optimal aux services requis	▪ Les mécanismes de prise en charge régionale sont intégrés et appliqués dans la pratique ▪ Évaluation du niveau de satisfaction des usagers, professionnels, médecins et gestionnaires impliqués	▪ À déterminer selon les ententes interrégionales

²⁴ À titre indicatif, la position actuelle partagée par les CHNT est de référer éventuellement (quand les programmes régionaux seront fonctionnels) les patients hors région pour prise en charge au Programme régional concerné après que le CHNT ait terminé la gestion du risque de complications médicales graves, sauf pour les polytraumatisés hospitalisés qui, par respect pour la cohérence du suivi auprès des patients, sont suivis jusqu'à la fermeture du dossier.

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR L'ORIENTATION

- Problématique régionale au niveau de l'accès et de l'arrimage aux services requis par la clientèle TCCL en dehors du réseau de la traumatologie tout au long du continuum d'intervention : l'orientation primaire en traumatologie, l'entrée et la réentrée tardive dans le consortium montréalais pour le TCCL et la sortie du CH/CR, incluant le transfert vers la 1^{re} ligne (maintien à domicile) ou les services spécialisés (toxicomanie, psychiatrie, gériatrie, etc.)
- Rétention par certains centres hors traumatologie. Non-transfert en traumatologie de nombreux patients malgré la présence de blessures neurologiques le justifiant.
- Transferts non justifiés en traumatologie tertiaire alors que les lésions sont jugées non significatives
- Méconnaissance par les services préhospitaliers des signes et symptômes d'un TCCL motivant un transport dans un établissement du réseau de la traumatologie
- L'accès aux services de réadaptation n'est pas facile à Montréal pour les victimes d'un TCCL, lorsque la réadaptation n'a pas pour principal objet le TCCL, mais d'autres blessures associées
- Lorsque la réadaptation spécialisée n'est pas l'option requise, la difficulté à identifier des ressources en psychologie/psychiatrie autres que dans le consortium régional en traumatologie ayant l'expertise requise pour effectuer le suivi nécessaire une fois le dépistage complété

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
10. Faciliter les entrées tardives et les réentrées dans le programme régional TCCL 11. S'assurer que le modèle actuel d'organisation régionale des services de réadaptation garantit la prise en charge de la clientèle TCCL lorsque la réadaptation requise en fonction des besoins n'a pas pour principal objet le TCCL 12. S'assurer que les personnes avec un TCCL qui présentent des facteurs de complications ont accès, dans un délai acceptable, aux services qu'ils requièrent	10.1 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 programme régional de suivi du TCCL : ▪ Pour la réentrée, le patient contacte directement par téléphone la personne-ressource du programme régional de suivi du TCCL. Cette modalité s'applique à tous les patients (adultes ou enfants) avec un TCCL simple ou complexe déjà référés au programme. Les personnes avec un TCCL trivial contacteront leur médecin de famille ou le 811 pour réintégrer le consortium ▪ L'entrée tardive requiert pour la clientèle adulte (tous les TCCL), une référence médicale ou, exceptionnellement, un autre type de référence comme celle d'un tiers payeur. Les adultes qui n'ont pas de médecin de famille utilisent le service Info-Santé (811) qui les orientent vers la ressource adéquate selon un protocole approuvé par l'INESSS ▪ L'entrée tardive pour la clientèle	▪ Établissements du programme régional de suivi du TCCL (R) ▪ ASSS (C) ▪ Info-Santé (C) ▪ ASSS (R) ▪ CSSS (C) ▪ Ressources spécialisées (C) ▪ 2^e ligne	▪ Mise en place et diffusion auprès de la clientèle adulte et pédiatrique des mécanismes de réentrée et d'entrées tardives dans le programme régional de suivi du TCCL ▪ Pour les entrées tardives chez la clientèle adulte : • Mise en place des conditions exigées par l'INESSS : - o Entente avec Info-Santé - o Protocole transmis à Info-Santé et approuvé au préalable par l'INESSS ; - o Reddition de compte (volume de clientèle, impact, nombre de réentrées dans le programme régional de suivi du TCCL, etc.) • Mise en place et diffusion auprès de la clientèle adulte du mécanisme de réentrée dans le programme régional de suivi TCCL :	▪ Volume et motifs de réentrées et d'entrées tardives dans le programme régional de suivi du TCCL pour la clientèle adulte et pédiatrique ▪ Reddition de compte annuelle à l'INESSS sur la collaboration avec Info-Santé ▪ 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	▪ Mise en place et diffusion des informations à compter de la fin de la 1^{re} année jusqu'à la fin de la 2^e année ▪ À déterminer avec Info-Santé ▪ Mise en place et diffusion des informations à compter de la fin de la 1^{re} année jusqu'à la fin de la 2^e année

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR L'ORIENTATION

- Problématique régionale au niveau de l'accès et de l'arrimage aux services requis par la clientèle TCCL en dehors du réseau de la traumatologie tout au long du continuum d'intervention : l'orientation primaire en traumatologie, l'entrée et la réentrée tardive dans le consortium montréalais pour le TCCL et la sortie du CH/CR, incluant le transfert vers la 1^{re} ligne (maintien à domicile) ou les services spécialisés (toxicomanie, psychiatrie, gériatrie, etc.)
- Rétention par certains centres hors traumatologie. Non-transfert en traumatologie de nombreux patients malgré la présence de blessures neurologiques le justifiant.
- Transferts non justifiés en traumatologie tertiaire alors que les lésions sont jugées non significatives
- Méconnaissance par les services préhospitaliers des signes et symptômes d'un TCCL motivant un transport dans un établissement du réseau de la traumatologie
- L'accès aux services de réadaptation n'est pas facile à Montréal pour les victimes d'un TCCL, lorsque la réadaptation n'a pas pour principal objet le TCCL, mais d'autres blessures associées
- Lorsque la réadaptation spécialisée n'est pas l'option requise, la difficulté à identifier des ressources en psychologie/psychiatrie autres que dans le consortium régional en traumatologie ayant l'expertise requise pour effectuer le suivi nécessaire une fois le dépistage complété

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
	pédiatrique se fait en contactant directement le programme de suivi du TCCL 11.1 12.1 Intégration de la clientèle TCCL dans les travaux de l'ASSSM visant l'offre de service à la clientèle de traumatologie. Ces travaux devraient inclure : ▪ La réponse aux besoins des personnes asymptomatiques avec un TCCL, mais qui requièrent une prise en charge pour des blessures orthopédiques ▪ La réponse aux besoins des personnes avec un TCCL qui requièrent des services par des ressources hors traumatologie, par exemple en santé mentale, programme de dépendances, gériatrie, etc.				

PROBLÈMES IDENTIFIÉS POUR LE MONITORAGE, SUIVI DE GESTION ET ÉVALUATION DES SERVICES

- Manque de banques de données ou d'outil de monitoring permettant l'identification de l'ensemble de la clientèle et son cheminement dans le réseau de la santé

OBJECTIFS	MOYENS PROPOSÉS	RESPONSABLES (R) / COLLABORATEURS (C)	RÉSULTATS CIBLÉS	INDICATEURS D'ATTEINTE DES RÉSULTATS	ÉCHÉANCIERS
13. Développer un outil de monitoring de la clientèle TCCL qui fournira : ▪ un portrait annuel général de l'ensemble de la clientèle montréalaise ▪ un portrait plus spécifique de la clientèle du programme régional de suivi du TCCL et l'impact de l'implantation des nouvelles trajectoires sur les ressources dédiées à la clientèle 14. Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation du plan d'implantation.	12.1 Exploitation annuelle des banques croisées de données provinciales : Med-Écho et RAMQ 12.2 Utilisation des systèmes d'information des établissements du programme régional de suivi du TCCL pour documenter le volume des clients ainsi que l'utilisation des ressources nécessaires pour réaliser les fonctions II et III (W-STAT, SIPAD) 13.1 Développement et suivi annuel d'indicateurs spécifiques du plan d'implantation notamment à l'égard : ▪ De l'élaboration du plan de formation et de son application auprès des médecins et professionnels de la 1^{re} ligne ▪ De l'élaboration et de la mise en place des formulaires régionaux de référence au programme régional de suivi du TCCL ▪ De l'élaboration et de la distribution de feuillets d'information à l'intention de la clientèle avec un TCCL ▪ De la mise en place de mécanismes de rétroaction et de réponses aux demandes d'information des médecins de la 1^{re} ligne ▪ Etc.	▪ Ministère ▪ ASSS (R) ▪ Comité régional de traumatologie (C) ▪ Établissement du programme régional de suivi du TCCL (C)	▪ Production annuelle des résultats de la banque croisée RAMQ – Med-Écho transmise aux établissements du programme régional de suivi du TCCL et au comité régional de traumatologie ▪ Adaptation du système W-Stat pour inclure les variables requises pour faire le monitoring des TCCL ▪ Test du système modifié dans un site pilote (établissement du programme régional de suivi du TCCL) ▪ Production d'un rapport annuel sur l'avancement du plan d'implantation triennal. Dépôt de ce rapport aux établissements concernés ainsi qu'au comité régional de traumatologie et à l'INESSS ▪ Réévaluation des stratégies et des moyens à privilégier selon le niveau d'atteinte des résultats	▪ Mise en place d'un tableau de bord régional fonctionnel ▪ Niveau de satisfaction par les acteurs concernés de l'outil développé servant à apprécier les résultats (convivialité, efficacité, utilité, etc.) ▪ Nombre de rencontres où les résultats du tableau de bord ont été utilisés pour apporter les ajustements nécessaires, et ce, tant au niveau local que régional ▪ Nombre de présentations des résultats avec les outils développés	▪ Rapport produit en fin de chaque année ▪ Rapport produit en fin de chaque année ▪ Réévaluation annuelle à la suite de la production des résultats

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Le contexte actuel qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux alors que la pression exercée par la demande de soins et de services ne cesse de grandir, milite en faveur de l'optimisation de l'utilisation des ressources. Plusieurs membres du comité de travail notamment ceux en neurotraumatologie ont souligné à maintes reprises leur appréhension quant aux impacts anticipés de cette nouvelle organisation de services sur leurs ressources médicales et professionnelles de plus en plus sollicitées. La mise en place de certaines conditions favorisera l'implantation des modifications proposées dans ce document. Nous attirons votre attention sur les recommandations qui concernent directement la concentration de la clientèle vers quelques établissements de Montréal et l'impact appréhendée sur leurs ressources. C'est dans cette perspective que les recommandations suivantes sont émises :

1. OFFRE DE SERVICE

Volet régional

- Endosser les trajectoires de services montréalaises proposées dans le cadre de ce projet régional d'organisation des services pour les personnes ayant subi un TCCL ;
- Renforcer l'implication des services de la 1^{re} ligne dans le repérage, le diagnostic et l'orientation des personnes ayant subi un TCCL en :
 - Mettant en œuvre un plan de formation s'adressant aux médecins et aux professionnels de la 1^{re} ligne ainsi qu'au secteur des services préhospitaliers ;
 - Soutenant la collaboration avec ces partenaires par la diffusion des trajectoires de services souhaitées, les modalités de prise en charge et le matériel d'information favorisant leur implication.
- Confirmer les quatre centres de neurotraumatologie dans leur rôle d'évaluation et de gestion du risque de complications médicales graves ;
- Concentrer, durant les trois premiers mois suivant le traumatisme, la clientèle avec un TCCL qui le requiert vers les quatre centres de neurotraumatologie, pédiatriques et pour adultes pour l'évaluation du risque de complications fonctionnelles (fonction II) et l'intervention préventive (fonction III). Ces centres présentent les avantages de posséder l'expertise en la matière ainsi que des équipes interdisciplinaires déjà dédiées à ces fonctions ;
- Évaluer l'impact de la concentration de cette clientèle sur les centres de neurotraumatologie en prenant en compte l'autonomie des autres régions ;
- Ajuster les ressources professionnelles selon l'accroissement du volume de clients référés à ces établissements ;
- Intégrer la clientèle TCCL dans les travaux en cours de l'Agence visant l'offre de service en réadaptation à la clientèle de traumatologie. Ces travaux devraient inclure :
 - La réponse aux besoins des personnes asymptomatiques avec un TCCL, mais qui requièrent une prise en charge pour des blessures orthopédiques ;
 - La réponse aux besoins des personnes avec un TCCL qui requièrent des services de ressources hors traumatologie, par exemple en santé mentale, en gériatrie, ou d'autres programmes, etc.

Volet interrégional

- Convenir avec les régions concernées de modalités pour la prise en charge de leur clientèle avec un TCCL qui consulte à Montréal :
 - En soumettant à leur comité régional de traumatologie des propositions de complémentarité pour cette clientèle avec un TCCL ;
 - En soutenant ces régions dans leur recherche d'autonomie et dans la mise en place de leur nouvelle offre de service.

2. MONITORAGE

- Mettre en place un système de monitoring et de suivi de gestion et d'évaluation des services à l'intention des personnes victimes d'un TCCL en :
 - Utilisant le système d'information déjà en place dans les établissements concernés (W-Stat) ;
 - Faisant les modifications requises au système W-Stat de façon à ce que tous les indicateurs nécessaires au suivi du projet régional soient disponibles ;
 - Produisant annuellement, les rapports utiles au suivi et à l'évaluation du projet régional et de son plan d'implantation.

3. FORMATION

- Mettre en œuvre un plan de formation s'adressant aux médecins et aux professionnels de la 1^{re} ligne susceptible de traiter cette clientèle, ainsi qu'au secteur des services préhospitaliers en :
 - Mettant sur pied un groupe de travail formé de représentants du programme régional de suivi du TCCL ;
 - Soutenant la mise en œuvre du plan par la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles requises.

4. MODALITÉ DE COORDINATION RÉGIONALE DES SERVICES

- Mandater le comité régional de traumatologie pour l'implantation des paramètres d'organisation du projet régional puisque ce mandat relève de la compétence de ce comité et qu'il est constitué des représentants de toutes les organisations concernées.

5. PORTE D'ENTRÉE TARDIVE ET DE RÉENTRÉE DANS LA TRAJECTOIRE

- Soutenir la mise en place des modalités d'entrées tardives et de réentrée proposées dans le projet régional ;
- Collaborer avec Info-Santé pour la mise à jour de leur protocole pour la clientèle avec un TCCL et pour la reddition de compte attendue par l'INESSS concernant l'application de cette modalité.

6. ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SERVICES INDÉPENDAMMENT DE LA PRÉSENCE D'UN AGENT PAYEUR

- Réitérer la position de l'Agence quant à l'équité dans l'accès aux services indépendamment de la présence d'un agent payeur. Ainsi, les services aux personnes ayant subi un TCCL sont offerts sans égard à la présence ou non d'un agent payeur. C'est la ligne de conduite et l'objectif qui sont visés par le projet régional et qui, à ce titre, feront l'objet d'un monitoring. Ces services concernent le repérage, le diagnostic et la gestion du risque de complications médicales graves, le pronostic, la gestion de complications fonctionnelles ainsi que l'intervention préventive et la réadaptation spécialisée.

ANNEXE 1 – REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LE TCCL RÉALISÉE EN 2009

PRINCIPAUX CONSTATS

Volet diagnostique

- Consensus sur la définition du TCCL n'est pas atteint, multiples définitions répertoriées
- Persiste une ambiguïté quant à l'inclusion des Glasgow 13 et des patients avec tomodensitométrie anormale dans la catégorie du TCCL
- Résultats conflictuels pour : céphalée (est-ce un signe probant fiable ?), vomissements (combien de vomissements pour que ce soit cliniquement significatif : 1, 2, + 3 ?), perte de conscience (objectivable ?), amnésie (amnésie rétrograde et amnésie antérograde, difficiles à quantifier en urgence)
- Ajout de coagulopathie / coagulothérapie comme facteur de risque acquis dans la majorité des études
- Deux algorithmes, *Canadian CT Head Rule* (CCHR) et *New Orleans CT scan* (NOC), ont été validés individuellement et combinés
- Confirme que l'évaluation neuropsychologique n'est pas ou est peu utile dans le processus diagnostique. Les grilles comme le Rivermead sont plutôt suggérées
- Problématique internationale : Dx par urgentologue, $\pm 50\%$ juste

Algorithmes

- ❖ **Plusieurs algorithmes décisionnels différents chez l'adulte** ont été publiés depuis l'analyse du *Task Force* :

- *World Federation of Neurosurgical Societies*, 2001
- *European Federation of Neurological Societies*, 2002 (EFNS)
- *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), 2007
- *American College of Emergency Physician / Center for Disease Control and Prevention* (CDC), 2008
- *The CHIP Prediction Rule*, (Hollande), 2008
- Ligne directrice du Japon, de la Turquie, de l'Allemagne, etc.

- ❖ **Trois en pédiatrie :**

- *The Children Head Injury Algorithm for the Prediction of Important Clinical Events* (CHALICE), 2006
- *Canadian Assessment of Tomography for Childhood Head Injury* (CATCH), 2007
- *Clinical Decision Rule for Cranial Computed Tomography in Minor Pediatric Head Trauma*, 2008

Tous ces algorithmes (adulte et enfant) obtiennent des niveaux assez comparables de fiabilité et/ou de spécificité. Seul celui de l'EFNS, qui combinait les facteurs de la CCHR et du NOC, a obtenu un score quasi parfait.

L'ensemble des facteurs de risque retenus dans l'adaptation québécoise a été validé par l'une ou l'autre des études citées ci-haut.

Volet pronostique

- Résultats conflictuels pour : impact du TCCL chez l'enfant, l'impact d'une TDM anormale sur le pronostic (adulte et enfant) et la notion de « séquelles » reliées à un TCCL
- Valide l'impact de : l'âge avancé (ex. : 3X + de saignement intracrânien; Glasgow > 12 = 20% mortalité), les facteurs psychologiques antérieurs et réactionnels et l'indemnisation sur le pronostic. Confirme également que la morbidité chronique est possible et d'installation rapide

Volet intervention préventive

- Résultats conflictuels pour : utilité d'une prise en charge en réadaptation pour le TCCL, incluant le volet neuropsychologique
- Valide : approche précoce basée sur de l'information et de la rassurance, la nécessité de simplifier au maximum le contenu des feuillets explicatifs (viser un niveau de lecture du primaire)

MÉTHODOLOGIE

La recherche bibliographique a été effectuée à partir des banques de recherche EMBASE et PubMed, pour les années 2001 à 2010. Par la suite, certaines références ont été tirées des articles obtenus par cette recherche.

Principaux mots utilisés pour la recherche : *mild traumatic brain injury, concussion, diagnosis, CT scan, LOC, PTA, cognitive function, prognosis, recovery, treatment*. Les autres mots utilisés en combinaison sont présentés dans le tableau suivant.

Diagnostic	Pronostic	Intervention (précoce)	Intervention (tardive)
▪ Mild, minor, minimal brain injury ▪ Complicated uncomplicated MTBI ▪ Focal lesion ▪ Sports related concussion ▪ Accuracy of ▪ CT scan indicator, indication for ▪ Neuroimaging ▪ Clinical decision	▪ Clinical outcome ▪ Vocational outcome ▪ Neurobehavioural outcome ▪ Cognitive outcome ▪ Neuropsychological outcome ▪ Functional outcome ▪ Factors related to recovery ▪ Recovery from ▪ Prediction of	▪ Early intervention ▪ Controlled trials ▪ Randomized controlled trials ▪ Treatment trials ▪ Neuropsychological evaluation, treatment ▪ Management of ▪ Rehabilitation after ▪ Postconcussion ▪ symptoms, syndrome	▪ Late sequelae ▪ Persistent symptoms, symptomatology, postconcussion syndrome ▪ One-year follow-up ▪ Five-year follow-up

Diagnostic	Pronostic	Intervention (précoce)	Intervention (tardive)
instrument for Ct scan ▪ CT scan rule	cognitive, behavioural, psychological sequelae ▪ Poor effort, the impact of, malinger after		

LISTE DES PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Abdul Latip, L. S., Ahmad Alias, N. A., Ariff, A. R., Shuaib, I. L., Abdullah, J., & Naing, N. N. (2004). CT scan in minor head injury: a guide for rural doctors. *J Clin Neurosci*, 11(8), 835-839.

af Geijerstam, J. L., & Britton, M. (2003). Mild head injury - mortality and complication rate: meta-analysis of findings in a systematic literature review. *Acta Neurochir (Wien)*, 145(10), 843-850; discussion 850.

af Geijerstam, J. L., & Britton, M. (2005). Mild head injury: reliability of early computed tomographic findings in triage for admission. *Emerg Med J*, 22(2), 103-107.

Agrawal, D., Gowda, N. K., Bal, C. S., Pant, M., & Mahapatra, A. K. (2005). Is medial temporal injury responsible for pediatric postconcussion syndrome? A prospective controlled study with single-photon emission computerized tomography. *J Neurosurg*, 102(2 Suppl), 167-171.

Ashman, T. A., Cantor, J. B., Gordon, W. A., Spielman, L., Egan, M., Ginsberg, A., et al. (2008). Objective measurement of fatigue following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 23(1), 33-40.

Atabaki, S. M., Stiell, I. G., Bazarian, J. J., Sadow, K. E., Vu, T. T., Camarca, M. A., et al. (2008). A clinical decision rule for cranial computed tomography in minor pediatric head trauma. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(5), 439-445.

Beaudin, M., Saint-Vil, D., Ouimet, A., Mercier, C., & Crevier, L. (2007). Clinical algorithm and resource use in the management of children with minor head trauma. *J Pediatr Surg*, 42(5), 849-852.

Bee, T. K., Magnotti, L. J., Croce, M. A., Maish, G. O., Minard, G., Schroepfel, T. J., et al. (2009). Necessity of repeat head CT and ICU monitoring in patients with minimal brain injury. *J Trauma*, 66(4), 1015-1018.

Belanger, H. G., Vanderploeg, R. D., Curtiss, G., & Warden, D. L. (2007). Recent neuroimaging techniques in mild traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 19(1), 5-20.

Blostein, P., & Jones, S. J. (2003). Identification and evaluation of patients with mild traumatic brain injury: results of a national survey of level I trauma centers. *J Trauma*, 55(3), 450-453.

Boake, C., McCauley, S. R., Levin, H. S., Pedroza, C., Contant, C. F., Song, J. X., et al. (2005). Diagnostic criteria for postconcussional syndrome after mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17(3), 350-356.

Boone, K. B. (2009). Fixed belief in cognitive dysfunction despite normal neuropsychological scores: neurocognitive hypochondriasis? *Clin Neuropsychol*, 23(6), 1016-1036.

Cantor, J. B., Ashman, T., Gordon, W., Ginsberg, A., Engmann, C., Egan, M., et al. (2008). Fatigue after traumatic brain injury and its impact on participation and quality of life. *J Head Trauma Rehabil*, 23(1), 41-51.

Chi, J. H., Knudson, M. M., Vassar, M. J., McCarthy, M. C., Shapiro, M. B., Mallet, S., et al. (2006). Prehospital hypoxia affects outcome in patients with traumatic brain injury: a prospective multicenter study. *J Trauma*, 61(5), 1134-1141.

Choi, J. H., Jakob, M., Stapf, C., Marshall, R. S., Hartmann, A., & Mast, H. (2008). Multimodal early rehabilitation and predictors of outcome in survivors of severe traumatic brain injury. *J Trauma*, 65(5), 1028-1035.

Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., Sharlow-Galella, M. A., Ellmo, W. J., Paradise, S., et al. (2008). A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(12), 2239-2249.

Czerwinski, M., Parker, W. L., & Williams, H. B. (2008). Algorithm for head computed tomography imaging in patients with mandible fractures. *J Oral Maxillofac Surg*, 66(10), 2093-2097.

Dischinger, P. C., Ryb, G. E., Kufera, J. A., & Auman, K. M. (2009). Early predictors of postconcussive syndrome in a population of trauma patients with mild traumatic brain injury. *J Trauma*, 66(2), 289-296; discussion 296-287.

Donders, J., & Boonstra, T. (2007). Correlates of invalid neuropsychological test performance after traumatic brain injury. *Brain Inj*, 21(3), 319-326.

Dunning, J., Daly, J. P., Lomas, J. P., Lecky, F., Batchelor, J., & Mackway-Jones, K. (2006). Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. *Arch Dis Child*, 91(11), 885-891.

Dunning, J., Stratford-Smith, P., Lecky, F., Batchelor, J., Hogg, K., Browne, J., et al. (2004). A meta-analysis of clinical correlates that predict significant intracranial injury in adults with minor head trauma. *J Neurotrauma*, 21(7), 877-885.

Elgmark Andersson, E., Emanuelson, I., Bjorklund, R., & Stalhammar, D. A. (2007). Mild traumatic brain injuries: the impact of early intervention on late sequelae. A randomized controlled trial. *Acta Neurochir (Wien)*, 149(2), 151-159; discussion 160.

Etherton, J. L., Bianchini, K. J., Ciota, M. A., Heinly, M. T., & Greve, K. W. (2006). Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index. *Spine J*, 6(1), 61-71.

Flaro, L., Green, P., & Robertson, E. (2007). Word Memory Test failure 23 times higher in mild brain injury than in parents seeking custody: the power of external incentives. *Brain Inj*, 21(4), 373-383.

Fong, C., Chong, W., Villaneuva, E., & Segal, A. Y. (2008). Implementation of a guideline for computed tomography head imaging in head injury: a prospective study. *Emerg Med Australas*, 20(5), 410-419.

Fortuna, G. R., Mueller, E. W., James, L. E., Shutter, L. A., & Butler, K. L. (2008). The impact of preinjury antiplatelet and anticoagulant pharmacotherapy on outcomes in elderly patients with hemorrhagic brain injury. *Surgery*, 144(4), 598-603; discussion 603-595.

Gioia, G. A., Collins, M., & Isquith, P. K. (2008). Improving identification and diagnosis of mild traumatic brain injury with evidence: psychometric support for the acute concussion evaluation. *J Head Trauma Rehabil*, 23(4), 230-242.

Goodacre, S. (2008). Hospital admissions with head injury following publication of NICE guidance. *Emerg Med J*, 25(9), 556-557.

Greiffenstein, M. F., & Baker, W. J. (2008). Validity testing in dually diagnosed post-traumatic stress disorder and mild closed head injury. *Clin Neuropsychol*, 22(3), 565-582.

Gualtieri, C. T., & Johnson, L. G. (2008). A computerized test battery sensitive to mild and severe brain injury. *Medscape J Med*, 10(4), 90.

Heng, K. W., Tham, K. Y., How, K. Y., Foo, J. S., Lau, Y. H., & Li, A. Y. (2007). Recall of discharge advice given to patients with minor head injury presenting to a Singapore emergency department. *Singapore Med J*, 48(12), 1107-1110.

Heskestad, B., Baardsen, R., Helseth, E., & Ingebrigtsen, T. (2008). Guideline compliance in management of minimal, mild, and moderate head injury: high frequency of noncompliance among individual physicians despite strong guideline support from clinical leaders. *J Trauma*, 65(6), 1309-1313.

Huynh, T., Jacobs, D. G., Dix, S., Sing, R. F., Miles, W. S., & Thomason, M. H. (2006). Utility of neurosurgical consultation for mild traumatic brain injury. *Am Surg*, 72(12), 1162-1165; discussion 1166-1167.

Iverson, G. L., Lange, R. T., Green, P., & Franzen, M. D. (2002). Detecting exaggeration and malingering with the trail making test. *Clin Neuropsychol*, 16(3), 398-406.

Jagoda, A. S., Bazarian, J. J., Bruns, J. J., Jr., Cantrill, S. V., Gean, A. D., Howard, P. K., et al. (2008). Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting. *Ann Emerg Med*, 52(6), 714-748.

Jakola, A. S., Muller, K., Larsen, M., Waterloo, K., Romner, B., & Ingebrigtsen, T. (2007). Five-year outcome after mild head injury: a prospective controlled study. *Acta Neurol Scand*, 115(6), 398-402.

Kashluba, S., Hanks, R. A., Casey, J. E., & Millis, S. R. (2008). Neuropsychologic and functional outcome after complicated mild traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(5), 904-911.

Kashluba, S., Paniak, C., & Casey, J. E. (2008). Persistent symptoms associated with factors identified by the WHO Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Clin Neuropsychol*, 22(2), 195-208.

Kissinger, D. B. (2008). Traumatic brain injury and employment outcomes: integration of the working alliance model. *Work*, 31(3), 309-317.

Langlois, J. A., Rutland-Brown, W., & Wald, M. M. (2006). The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview. *J Head Trauma Rehabil*, 21(5), 375-378.

Lee, L. K. (2007). Controversies in the sequelae of pediatric mild traumatic brain injury. *Pediatr Emerg Care*, 23(8), 580-583; quiz 584-586.

Levin, H. S., Hanten, G., Roberson, G., Li, X., Ewing-Cobbs, L., Dennis, M., et al. (2008). Prediction of cognitive sequelae based on abnormal computed tomography findings in children following mild traumatic brain injury. *J Neurosurg Pediatr*, 1(6), 461-470.

The management of minor closed head injury in children. Committee on Quality Improvement, American Academy of Pediatrics. Commission on Clinical Policies and Research, American Academy of Family Physicians. (1999). *Pediatrics*, 104(6), 1407-1415.

Mehta, S. (2007). Neuroimaging for paediatric minor closed head injuries. *Paediatr Child Health*, 12(6), 482-484.

Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *J Clin Exp Neuropsychol*, 24(8), 1094-1102.

Munoz-Sanchez, M. A., Murillo-Cabezas, F., Cayuela-Dominguez, A., Rincon-Ferrari, M. D., Amaya-Villar, R., & Leon-Carrion, J. (2009). Skull fracture, with or without clinical signs, in mTBI is an independent risk marker for neurosurgically relevant intracranial lesion: a cohort study. *Brain Inj*, 23(1), 39-44.

Nampiarampil, D. E. (2008). Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. *JAMA*, 300(6), 711-719.

Niogi, S. N., Mukherjee, P., Ghajar, J., Johnson, C. E., Kolster, R., Lee, H., et al. (2008). Structural dissociation of attentional control and memory in adults with and without mild traumatic brain injury. *Brain*, 131(Pt 12), 3209-3221.

Nolin, P., & Heroux, L. (2006). Relations among sociodemographic, neurologic, clinical, and neuropsychologic variables, and vocational status following mild traumatic brain injury: a follow-up study. *J Head Trauma Rehabil*, 21(6), 514-526.

O'Brien, L. (2007). Achieving a successful and sustainable return to the workforce after ABI: a client-centred approach. *Brain Inj*, 21(5), 465-478.

Ono, K., Wada, K., Takahara, T., & Shirotani, T. (2007). Indications for computed tomography in patients with mild head injury. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 47(7), 291-297; discussion 297-298.

Pachalska, M., Grochmal-Bach, B., MacQueen, B. D., Wilk, M., Lipowska, M., & Herman-Sucharska, I. (2008). Neuropsychological diagnosis and treatment after closed-head injury in a patient with a psychiatric history of schizophrenia. *Med Sci Monit*, 14(8), CS76-85.

Powell, J. M., Ferraro, J. V., Dikmen, S. S., Temkin, N. R., & Bell, K. R. (2008). Accuracy of mild traumatic brain injury diagnosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(8), 1550-1555.

Rapoport, M. J., Herrmann, N., Shammi, P., Kiss, A., Phillips, A., & Feinstein, A. (2006). Outcome after traumatic brain injury sustained in older adulthood: a one-year longitudinal study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(5), 456-465.

Rotenberg, B. W., Makhija, M., & Papsin, B. C. (2005). Conversion disorder in a child presenting as sudden sensorineural hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 69(9), 1261-1264.

Saboori, M., Ahmadi, J., & Farajzadegan, Z. (2007). Indications for brain CT scan in patients with minor head injury. *Clin Neurol Neurosurg*, 109(5), 399-405.

Sadowski-Cron, C., Schneider, J., Senn, P., Radanov, B. P., Ballinari, P., & Zimmermann, H. (2006). Patients with mild traumatic brain injury: immediate and long-term outcome compared to intra-cranial injuries on CT scan. *Brain Inj*, 20(11), 1131-1137.

Schanke, A. K., Rike, P. O., Molmen, A., & Osten, P. E. (2008). Driving behaviour after brain injury: a follow-up of accident rate and driving patterns 6-9 years post-injury. *J Rehabil Med*, 40(9), 733-736.

Schlegel, P. M., Walter, M. A., Kloska, S. P., Rieger, B., Fischer, R. J., Wassmann, H., et al. (2005). [Is the Canadian CT head rule for minor head injury applicable for patients in Germany?]. *Rofo*, 177(6), 872-876.

Schmal, H., Gutmann, B., Sudkamp, N. P., Koestler, W., Hammer, T., Bley, T., et al. (2008). [Clinical evaluation of evidence-based criteria for CT diagnostics in the treatment of mild traumatic brain injury]. *Z Orthop Unfall*, 146(5), 595-601.

Schutzman, S. A., Barnes, P., Duhaime, A. C., Greenes, D., Homer, C., Jaffe, D., et al. (2001). Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. *Pediatrics*, 107(5), 983-993.

Servadei, F., Teasdale, G., & Merry, G. (2001). Defining acute mild head injury in adults: a proposal based on prognostic factors, diagnosis, and management. *J Neurotrauma*, 18(7), 657-664.

Sifri, Z. C., Homnick, A. T., Vaynman, A., Lavery, R., Liao, W., Mohr, A., et al. (2006). A prospective evaluation of the value of repeat cranial computed tomography in patients with minimal head injury and an intracranial bleed. *J Trauma*, 61(4), 862-867.

Sigurdardottir, S., Andelic, N., Roe, C., Jerstad, T., & Schanke, A. K. (2009). Post-concussion symptoms after traumatic brain injury at 3 and 12 months post-injury: a prospective study. *Brain Inj*, 23(6), 489-497.

Slemmer, J. E., Zhu, C., Landshamer, S., Trabold, R., Grohm, J., Ardeshiri, A., et al. (2008). Causal role of apoptosis-inducing factor for neuronal cell death following traumatic brain injury. *Am J Pathol*, 173(6), 1795-1805.

Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H., & Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Arch Clin Neuropsychol*, 19(4), 465-473.

Smits, M., Dippel, D. W., de Haan, G. G., Dekker, H. M., Vos, P. E., Kool, D. R., et al. (2005). External validation of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria for CT scanning in patients with minor head injury. *JAMA*, 294(12), 1519-1525.

Smits, M., Dippel, D. W., de Haan, G. G., Dekker, H. M., Vos, P. E., Kool, D. R., et al. (2007). Minor head injury: guidelines for the use of CT--a multicenter validation study. *Radiology*, 245(3), 831-838.

Smits, M., Hunink, M. G., Nederkoorn, P. J., Dekker, H. M., Vos, P. E., Kool, D. R., et al. (2007). A history of loss of consciousness or post-traumatic amnesia in minor head injury: "conditio sine qua non" or one of the risk factors? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 78(12), 1359-1364.

Smits, M., Hunink, M. G., van Rijssel, D. A., Dekker, H. M., Vos, P. E., Kool, D. R., et al. (2008). Outcome after complicated minor head injury. *AJNR Am J Neuroradiol*, 29(3), 506-513.

Stein, S. C., Fabbri, A., Servadei, F., & Glick, H. A. (2009). A critical comparison of clinical decision instruments for computed tomographic scanning in mild closed traumatic brain injury in adolescents and adults. *Ann Emerg Med*, 53(2), 180-188.

Stiell, I. G., Clement, C. M., Rowe, B. H., Schull, M. J., Brison, R., Cass, D., et al. (2005). Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury. *JAMA*, 294(12), 1511-1518.

Stulemeijer, M., van der Werf, S., Borm, G. F., & Vos, P. E. (2008). Early prediction of favourable recovery 6 months after mild traumatic brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 79(8), 936-942.

Trivedi, M. A., Ward, M. A., Hess, T. M., Gale, S. D., Dempsey, R. J., Rowley, H. A., et al. (2007). Longitudinal changes in global brain volume between 79 and 409 days after traumatic brain injury: relationship with duration of coma. *J Neurotrauma*, 24(5), 766-771.

Turedi, S., Hasanbasoglu, A., Gunduz, A., & Yandi, M. (2008). Clinical decision instruments for CT scan in minor head trauma. *J Emerg Med*, 34(3), 253-259.

Turner-Stokes, L. (2008). Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches. *J Rehabil Med*, 40(9), 691-701.

Wang, M. C., Linnau, K. F., Tirschwell, D. L., & Hollingworth, W. (2006). Utility of repeat head computed tomography after blunt head trauma: a systematic review. *J Trauma*, 61(1), 226-233.

Whittaker, R., Kemp, S., & House, A. (2007). Illness perceptions and outcome in mild head injury: a longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 78(6), 644-646.

ANNEXE 2 – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DU MINISTÈRE

1. DIAGNOSTIC INITIAL

1. Histoire de l'accident

- Mécanismes de l'accident (accélération-décélération, impact sur le crâne, vitesse, protection, éjection, etc.)

2. Examen clinique : Critères diagnostiques du TCCL :

- Objectivation d'au moins un élément
 - A. Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)
 - B. Perte de conscience ≤ 30 minutes
 - C. Amnésie post-traumatique ≤ 24 heures
 - D. Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale
- Glasgow entre 13 et 15, 30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence

Glasgow 13³: Tous les patients doivent être transférés (sans TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS

2. ÉVALUATION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES

FACTEURS DE DANGÉROSITÉ

Si un seul de ces facteurs est présent, demander une TDM (Utiliser une des deux règles)

Canadian CT Head Rule¹, (Stiell et coll., 2001)

- GCS < 15 (2 heures après le trauma)
- Suspicion d'une fracture ouverte ou enfoncée du crâne
- Signe de fracture de la base du crâne
- ≥ 2 vomissements
- ≥ 65 ans
- Amnésie avant impact ≥ 30 minutes
- Mécanisme lésionnel dangereux (critères d'IHV)

New Orleans Criteria², (Haydel et coll., 2000) (l'étude n'incluait que des patients avec Glasgow 15)

- Céphalée
- Vomissement
- > 60 ans
- Intoxication (alcool ou drogues)
- Amnésie antérograde qui persiste lors de l'évaluation à l'urgence
- Traumatisme au-dessus des clavicules
- Convulsion

Autres

Patient anticoagulé ou coagulopathie

3. DIAGNOSTIC FINAL (TDM LUE PAR UN RADIOLOGISTE)

A. TDM normale : confirme le diagnostic de TCCL simple (Glasgow 13 à 15) ou trivial (Glasgow 15)

B. TDM + : devient un TCCL complexe (Glasgow 13 à 15)

Type de lésions objectivées à la TDM

Lésion non significative	Lésion significative	
1. Contusion unique < 5 mm	1. Contusion ≥ 5 mm	6. Hémorragie intraventriculaire
2. HSA < 1 mm	2. HSA ≥ 1 mm	7. Fracture enfoncée
3. HSD < 4 mm	3. HSD ≥ 4 mm	8. Œdème diffus
4. Pneumocéphalie isolée	4. Hématome épidural	9. Pneumocéphalie
5. Fracture du crâne sans atteinte de la table interne	5. Hématome intracérébral	

4. CONDUITE

TDM normale	Glasgow 15	TCCL trivial	Congé avec relance
	Glasgow 15	TCCL simple	Congé et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 14	TCCL simple	Observation 6 heures ou jusqu'à ce que le patient soit orienté, répéter TDM au besoin et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 13 ³	TCCL simple	Centre de neurotraumatologie : admission, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS Autres centres hospitaliers : Le patient a déjà été transféré
TDM +	Glasgow 14-15	TCCL complexe Lésion significative	Transfert ou admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
		TCCL complexe Lésion non significative	Idem avec conduite pour TCCL simple avec TDM normale
	Glasgow 13 ³	TCCL complexe Lésion significative	Centre de neurotraumatologie : admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS Autres centres hospitaliers : Le patient a déjà été transféré
		TCCL complexe Lésion non significative	Centre de neurotraumatologie : Idem avec conduite pour TCCL simple avec TDM normale Autres centres hospitaliers : Le patient a déjà été transféré

1. Critères d'exclusion : < 16 ans, Ø perte conscience, Ø amnésie ou Ø désorientation, pas d'histoire de trauma (ex. : syncope, convulsion), fracture ouverte du crâne, déficit neurologique focalisé, instabilité hémodynamique, convulsion à la suite d'un impact, coagulopathie ou coagulothérapie, consulte à l'urgence pour la seconde fois pour le même trauma ou patiente enceinte.

2. Critères d'exclusion : patient qui refuse la TDM ou qui ne peut la subir en raison de ses autres blessures, Ø perte de conscience, Ø amnésie.

3. Tenir compte de la règle dérogatoire pour les régions éloignées qui s'applique aux régions suivantes : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nord-du-Québec.

1. DIAGNOSTIC INITIAL

1. Histoire de l'accident
- Mécanismes de l'accident (accélération-décélération, impact sur le crâne, vitesse, protection, éjection, etc.)
2. Examen clinique : Critères diagnostiques du TCCL :
- Objectivation d'au moins un élément

A. Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)

B. Perte de conscience ≤ 30 minutes

C. Amnésie post-traumatique ≤ 24 heures

D. Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale
 - Glasgow entre 13 et 15, 30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence

Glasgow 13²: Tous les patients doivent être transférés (sans TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS

2. ÉVALUATION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES

FACTEURS DE DANGÉROSITÉ
 Si un seul de ces facteurs est présent, demander une TDM*
(Compte tenu de la difficulté à obtenir une évaluation neurologique fiable, porter une attention particulière aux enfants de moins de 3 ans)

Règle de CHALICE, Dunning et coll., 2006¹ (règle clinique qui n'a pas encore été validée par la recherche)

1. Histoire
- a. Perte de conscience objectivée > 5 minutes
- b. Amnésie antérograde ou rétrograde > 5 minutes
- c. Somnolence anormale
- d. ≥ 3 vomissements
- e. Suspicion d'abus
- f. Convulsion
2. Examen clinique
- a. Glasgow < 14 ou < 15 si < 1an
- b. Suspicion d'une fracture enfoncée ou fontanelle bombée
- c. Signes cliniques de fracture de la base du crâne
- d. Signe neurologique focalisé
- e. Lacération, céphalématome > 5 cm si < 1an

Consensus québécois d'experts en neurotraumatologie pédiatrique quant aux facteurs de risque

1. Mécanisme dangereux de production du trauma (haute vitesse)
2. Vomissement > 6 heures
3. Céphalée > 6 heures
4. Convulsion
5. GCS < 15
6. Signe neurologique focalisé
7. Signes cliniques de fracture de la base du crâne
8. Céphalématome (si < 3 ans)
9. Plaie pénétrante
10. Coagulopathie/coagulothérapie
11. Intoxication (alcool ou drogues)
12. Suspicion d'abus
13. Barrière linguistique

* L'utilisation de la TDM doit se faire en fonction du risque particulier d'irradiation en lien avec l'âge

3. DIAGNOSTIC FINAL (TDM LUE PAR UN RADIOLOGISTE)

- A. TDM normale : confirme le diagnostic de TCCL simple (Glasgow 13 à 15) ou trivial (Glasgow 15)
- B. TDM + : devient un TCCL complexe (Glasgow 13 à 15)

4. CONDUITE

TDM normale	Glasgow 15	TCCL trivial	Congé avec relance
	Glasgow 15	TCCL simple	Observation et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 14	TCCL simple	Observation 6h ou jusqu'à ce que le patient soit orienté, répéter TDM au besoin et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 13 ²	TCCL simple	Centre de neurotraumatologie : admission, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS Autres centres hospitaliers : Le patient a déjà été transféré
TDM +	Glasgow 14-15	TCCL complexe	Transfert ou admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 13 ²	TCCL complexe	Centre de neurotraumatologie : admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS Autres centres hospitaliers : Le patient a déjà été transféré

1. Critère d'exclusion : patient qui refuse de participer. Critère d'inclusion : tous les TCC (du léger au grave).
 2. Tenir compte de la règle dérogatoire pour les régions éloignées qui s'applique aux régions suivantes : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nord-du-Québec.

ANNEXE 3 – DÉFINITION DES FONCTIONS CLINIQUES

Définition des différentes fonctions cliniques²⁵

Les interventions de nature préventive requises à l'étape 2a et 2b ont été regroupées en trois grandes fonctions cliniques graduées selon le profil de risque de morbidité.

Fonction I, information et rassurance

Définition : Activité qui consiste à offrir à la personne atteinte et à son entourage de l'information complète et juste sur le TCCL, son évolution et les moyens à utiliser pour contrer l'impact des symptômes transitoires sur la reprise des activités usuelles. Cette activité s'applique à tous les TCCL, admis ou inscrit en CH de neurotraumatologie ou ailleurs, quel que soit le profil initial de risque médical (atteinte triviale, simple ou complexe), l'âge ou le profil de risque de morbidité précoce ou tardive ou le pronostic. Cette fonction doit être assumée par tous les partenaires.

Moyen : Remise d'un feuillet d'information par un membre du personnel de l'urgence avant le départ du CH (tous les CH) ou d'une autre personne-ressource ou par un membre de l'équipe de réadaptation en traumatologie si la personne y est admise (centre de neurotraumatologie). Ce feuillet devrait contenir toutes les informations pertinentes sur le TCCL dont la supervision à effectuer et les actions à poser dans les premières heures ou jours qui suivent le retour à la maison si l'état de la personne se détériore. Ce feuillet doit également comprendre le nom et les coordonnées d'une personne (au centre de neurotraumatologie) ou d'une personne-ressource désignée à l'échelle régionale à joindre en cas de difficultés persistantes ou d'une évolution inhabituelle malgré un pronostic initial de récupération jugé favorable.

Fonction II, évaluation de la morbidité aiguë ou persistante

Définition : Évaluation des symptômes initiaux post-TCCL et, le cas échéant, exploration des facteurs de risque liés au TCCL ou des facteurs personnels (réactionnels ou prémorbides) qui pourraient assombrir le pronostic de récupération. Cette évaluation s'applique lorsque la personne (que ce soit un adulte ou, exceptionnellement, un enfant) présente au moins un facteur de risque de morbidité rattaché au TCCL (TCCL complexe, Glasgow se situant à 13) ou bien des facteurs personnels ou familiaux (pédiatrie) qui peuvent contrecarrer la récupération normalement attendue (voir tableau 10). Cette fonction devra être assumée par le centre de neurotraumatologie en fonction des responsabilités qui lui sont confiées ou par le centre désigné à l'échelle régionale.

Moyens : Relance téléphonique ou, au besoin, entrevue dirigée.

(1) Relance sélective

Relance téléphonique d'une durée moyenne de 30 minutes effectuée par une infirmière ou une personne d'une autre discipline pertinente dans un délai de sept à dix jours après le TCCL lorsque le niveau de risque de morbidité est élevé ou exceptionnellement incertain :

1. Passer la grille de Rivermead (version relance) ou un autre outil semblable pour documenter la présence de symptômes post-TCCL aigus et leur évolution depuis l'accident;

²⁵ Extrait du document intitulé : *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger, 2005-2010*, MSSS, 2005, pages 111 à 113.

2. Utiliser un bref questionnaire d'entrevue pour détecter la présence de conditions personnelles pouvant influencer négativement sur l'évolution (stresseur, histoire de troubles de la personnalité ou psychiatriques, réaction anxieuse marquée, etc.). Exploration de l'impact du ou des facteurs de risque de morbidité indiqués initialement à l'étape 1;
3. Documenter la reprise des activités antérieures (professionnelles ou scolaires) ou des démarches entreprises à cet effet par la personne atteinte. Au besoin, fournir des encouragements et des stratégies pour accélérer et optimiser le retour à l'activité;
4. Déterminer une option thérapeutique selon le profil clinique :
 - Fin des interventions, si aucun symptôme post-TCCL n'est relevé ou si l'estimation du pronostic est favorable (adulte et, le cas échéant, enfant). Mentionner à la personne qu'en cas de besoin elle pourra joindre au cours des prochaines semaines la personne-ressource mentionnée dans le feuillet;
 - Planification du suivi ultérieur nécessaire comme une entrevue dirigée ou un transfert vers des ressources spécialisées en fonction du pronostic si la personne est symptomatique ou si l'on objective des signes de complications précoces (anxiété marquée, augmentation des plaintes, apparition de nouveaux symptômes depuis le congé, réticences ou inconfort quant à la reprise des activités antérieures, etc.).

(2) Entrevue dirigée

Entrevue ou rencontre aux consultations externes avec un médecin ou un autre professionnel de la santé d'un domaine pertinent durant les quatre premières semaines suivant le TCCL lorsque la personne est symptomatique, que le niveau de risque de morbidité demeure élevé et que la première relance a laissé voir des difficultés persistantes possibles :

1. Explorer, à l'aide d'un examen complémentaire, les aspects problématiques relevés lors de la relance sélective. Cela peut être un examen médical si de nouvelles plaintes sont apparues dans la sphère physique ou une entrevue clinique dirigée si les plaintes sont plutôt de nature cognitive ou affective;
2. Passer la grille du Rivermead (version relance) ou un autre outil;
3. Effectuer un bilan pronostique sommaire en prêtant attention particulièrement aux quatre principaux facteurs de risque connus, notamment les éléments liés à la présence d'une problématique d'indemnisation;
4. Offrir de la rassurance, des conseils et possiblement des stratégies d'action pour faciliter la reprise des activités;
5. Déterminer une option thérapeutique ultérieure optimale en fonction des plaintes et de l'information recueillie sur les éléments prémorbides ou réactionnels qui pourraient ralentir l'évolution clinique ou y faire obstacle. Suivre la trajectoire habituelle en fonction de la problématique :
 - Orientation vers le médecin de famille si un suivi des aspects physiques ou médicaux est nécessaire;
 - Orientation vers la ressource régionale appropriée compte tenu des éléments assombrissant le pronostic (CSSS (CLSC), clinique de psychologie ou de psychiatrie, ressource privée, ressource d'aide dans le milieu scolaire, services courants de réadaptation, services de gériatrie, etc.);
 - Lorsqu'il s'agit d'un risque élevé de morbidité rattaché principalement à la présence d'une problématique de compensation, poursuite d'une intervention préventive ciblée peut être

requis pour stabiliser l'aggravation d'une condition personnelle antérieure (dans la sphère psychique) ou pour encadrer la reprise des habitudes de vie.

Fonction III, intervention préventive ciblée

Définition : Intervention clinique brève (appel téléphonique ou entrevue à quelques reprises) qui s'ajoutent aux deux premières pour un individu qui demeure symptomatique (que ce soit un adulte ou, exceptionnellement, un enfant) malgré les premiers efforts de rassurance et d'information ou encore qui présente des facteurs de risque dont l'impact négatif est modifiable par de l'intervention clinique à court terme ciblée en fonction du facteur assombrissant le pronostic. (par exemple, gestion de l'anxiété, atténuation de l'impact des stressors antérieurs qui pourraient influencer sur la récupération, encadrement pour la reprise des activités lorsque l'indemnisation risque de ralentir ou de complexifier le processus).

L'impact de certains facteurs pronostiques réactionnels négatifs est rapidement modifiable par une intervention précoce efficiente. C'est le cas d'une réaction anxieuse importante apparaissant à la suite de l'accident qui pourra être éliminée par un suivi pharmacologique ou psychothérapeutique à court terme. D'autres facteurs comme l'âge, une histoire psychiatrique ou l'état neurologique antérieur sont peu modifiables par des interventions cliniques ou des interventions brèves. On pourra tenter de limiter l'aggravation ou bien tempérer leur impact par une intervention spécialisée, mais il est possible que ces individus nécessitent une intervention à plus long terme par d'autres partenaires que ceux de la traumatologie ou de la réadaptation.

Moyen : Relance téléphonique ou entrevues cliniques offertes à quelques reprises par un membre de l'équipe de réadaptation précoce en traumatologie.

Tâches :

1. Offrir le soutien et l'information nécessaire pour contrer l'impact transitoire des symptômes aigus et de la réaction normale d'anxiété qui survient à la suite de l'accident et empêcher une détérioration fonctionnelle de s'installer;
2. Prévenir l'aggravation d'une condition antérieure sur le plan psychologique ou psychiatrique en offrant un traitement psychologique adapté en vue de limiter l'impact négatif de cet élément du prémorbide;
3. Favoriser un retour rapide aux activités usuelles en recommandant les adaptations nécessaires à l'horaire et aux tâches de travail, en enseignant des stratégies de compensation efficaces et en offrant le soutien professionnel voulu pendant la réintégration sociale et professionnelle;
4. Offrir un traitement médical approprié concernant les conditions associées qui pourraient compliquer la récupération (douleur, céphalée, vertige, insomnie, anxiété, etc.);
5. Suivre l'évolution de la condition clinique et obtenir les évaluations complémentaires ou les diagnostics différentiels nécessaires dans le but de préciser les modalités d'intervention optimales;
6. Dans les rares cas de complications fonctionnelles significatives persistantes, déterminer une option thérapeutique ultérieure optimale : transférer sans délai la personne vers les ressources spécialisées appropriées selon la nature des difficultés dès que l'intervention déborde en nature, en durée ou en intensité du cadre d'intervention préventive ciblée.

ANNEXE 4 – CONSORTIUMS DE L’OUEST DU QUÉBEC

ORGANIGRAMME DE LA NOUVELLE STRUCTURE DES CONSORTIUMS DE L'OUEST DU QUÉBEC

CONSORTIUMS DE L'OUEST DU QUÉBEC

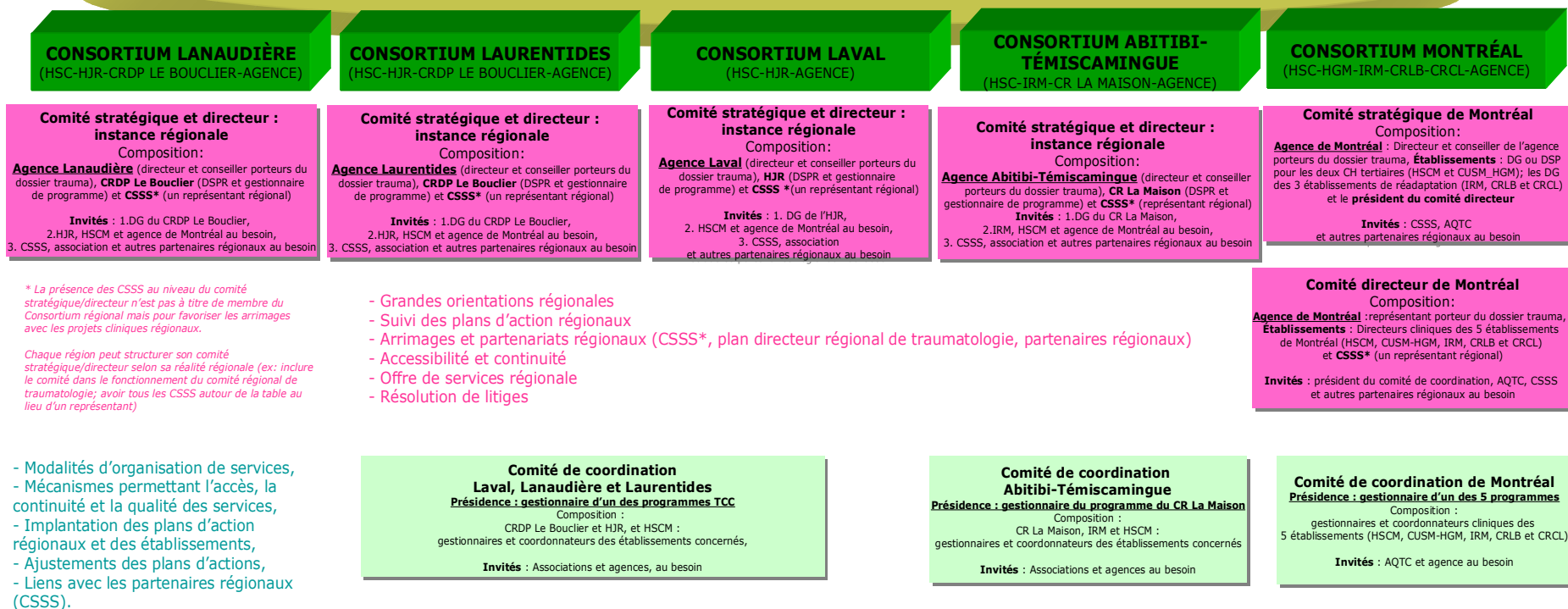


TABLE DE CONCERTATION INTERCONSORTIUM À DEUX NIVEAUX : STRATÉGIQUE ET DIRECTEUR

Présidence stratégique : directeur de l'agence de Montréal et un DG d'établissement / Composition stratégique : DG des 8 les établissements concernés, directeurs des 5 agences concernées
Présidence directeur : agence de Montréal et un directeur clinique d'un établissement / Composition Directeur : Directeurs cliniques des 8 établissements et porteur du dossier de la trauma des 5 agences

Grandes orientations cliniques, suivi du plan d'action interrégional, suivi des éléments du protocole du tronc commun, partage des connaissances (formation et recherche), activités d'évaluation, grille de monitoring de la clientèle. À cet effet, différents groupes de travail pourront être mis en place tel le comité de formation et le comité d'évaluation.

(Hôpital Sacré-Cœur (HSCM), Hôpital général de Montréal (CUSM-HGM), Institut de réadaptation de Montréal (IRM), Hôpital juif de réadaptation (HJR), CRDP Le Bouclier, CR La Maison, CR Lucie-Bruneau (CRLB), CR Constance-Lethbridge (CRCL))

• Instances en commun

Gras et souligné: **responsable**

ANNEXE 5 – LISTE DES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AU TCCL

Diagnosics principaux retenus pour représenter le TCCL (CIM-9)²⁶

<i>CIM-9</i>	<i>Diagnosics associés au TCCL</i>
8509	Commotion cérébrale sans perte de conscience
8000	Fracture voûte crânienne, simple, traumatisme intracrânien, commotion cérébrale, saignement
8010	Fracture base du crâne, simple, traumatisme intracrânien, commotion cérébrale – sans autre information
8510	Déchirure / contusion cérébrale, plaie intracrânienne, commotion - sans autre information
8520	Hémorragie sous-arachnoïdienne / sous, extradurale, plaie, commotion - sans autre information
8530	Hémorragie intracrânienne traumatique, autre / sans autre information, plaie intracrânienne, commotion - sans autre information
8540	Traumatisme intracrânien autre
3102	Syndrome post-traumatique commotionnel ou contusionnel
3485	Œdème cérébral
3886	Otorrhée
9050	Séquelles des fractures des os du crâne et de la face
9070	Séquelles des traumatismes intracrâniens, sans fracture du crâne
3498	Rhinorrhée cérébrospinale
7800	Coma / altération transitoire de la conscience

²⁶ Sélection en fonction de la position diagnostique des orientations du MSSS et validation des codes retenus avec les archives et un médecin de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Sources : CDC 2003, CDC 2006.

ANNEXE 6 - DONNÉES DE LA BANQUE CROISÉE DE MED-ÉCHO ET DE LA RAMQ

TCCL

TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER

PRÉVALENCE DES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AU TCCL ET PROFIL DES USAGERS MONTRÉLAIS TOUCHÉS PAR CES DIAGNOSTICS

2003-2004 à 2005-2006

1

OBJECTIF

- **Établir un état de situation en fonction des améliorations ciblées par le ministère, dont :**
 - **Dresser un portrait régional de la clientèle**
 - **Volumétrie**
 - **Caractéristiques cliniques et sociodémographiques**
 - **Profil de consommation des services**

2

PORTRAIT RÉGIONAL DE LA CLIENTÈLE

- 1) Dresser le profil sociodémographique des Montréalais qui ont connu au moins un diagnostic associé au TCCL au cours des années financières 2003-04, 2004-05 et 2005-06
- 2) Dresser le portrait des « consultations avec TCCL » des Montréalais à partir des bases de données :
 - RAMQ *
 - MED-ECHO *

* Une « consultation » est définie dans RAMQ comme l'ensemble des actes posés de façon consécutive au même endroit pour une personne

* Dans MED-ECHO, la « consultation » représente une hospitalisation au cours de laquelle on retrouve un diagnostic en lien avec le TCCL

3

MÉTHODE

- Isoler dans les banques de données RAMQ et MED-ECHO toutes les « consultations avec TCCL », que le diagnostic ait été posé comme diagnostic principal ou secondaire
- Extraire pour chacune des ces « consultations » les variables :
 - Identifiant de l'utilisateur
 - Âge
 - Sexe
 - CSSS de résidence de l'utilisateur
 - Année financière de la consultation
 - Lieu de la consultation
 - Installation où a eu lieu la consultation
 - Présence / absence de chacun des 14 codes diagnostiques retenus pour représenter le TCCL (voir l'acétate suivante)

4

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX OU SECONDAIRES RETENUS POUR REPRÉSENTER LE TCCL (CIM-9)

CIM-9	Diagnostics associés au TCCL
8509	COMMOTION CEREBRALE SANS PERTE DE CONSCIENCE
8000	FRACT.VOUTE CR.,SIMPLE,-TRAUM.INTRAC.,COMMOTION CER.SAI
8010	FRACT.BASE CR.,SIMPLE,-TRAUM.INTRACR.,COMMOTION CER.SAI
8510	DECHIRURE/CONTUSION CEREB.,-PLAIE INTRAC.,COMMOTION SAI
8520	HEMOR.SOUS-ARACH./SOUS EXTRA-DUR.,-PLAIE,COMMOTION SAI
8530	HEMOR.INTRACR.TRAUM.,AUT./SAI,-PLAIE INTR.,COMMOT.SAI
8540	TRAUMAT.INTRACRANIEN AUTRE
3102	SYNDROME POST-TRAUMATIQUE COMMOTIONNEL OU CONTUSIONNEL
3485	OEDEME CEREBRAL
3886	OTORRHEE
9050	SEQUELLES DES FRACTURES DES OS DU CRANE ET DE LA FACE
9070	SEQUELLES DES TRAUMAT. INTRACRANIENS, SANS FRACT.CRANE
3498	RHINORRHEE CEREBROSPINALE
7800	COMA / ALTERATION TRANSITOIRE DE LA CONSCIENCE

* Sélection en fonction de la position diagnostique des orientations du MSSS et validation des codes retenus avec les archivistes et médecins du CH Sacré-Cœur Sources : CDC 2003, CDC 2006

1.0 PROFIL DES MONTRÉLAIS QUI ONT REÇU AU MOINS UN DIAGNOSTIC ASSOCIÉ AU TCCL

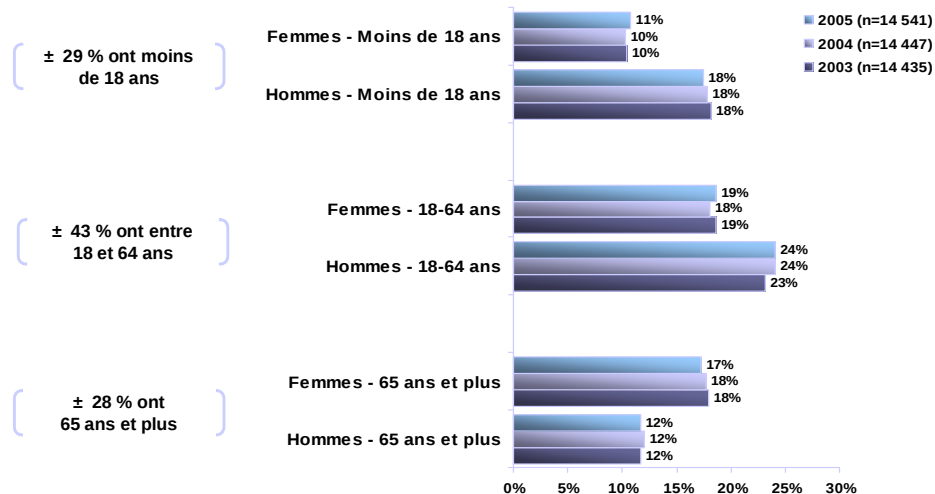
VOLUME ANNUEL D'USAGERS ET DE CONSULTATIONS DANS L'ÉCHANTILLON SÉLECTIONNÉ

2003-04 2004-05 2005-06

Nb de CONSULTATIONS avec DIAGNOSTIC(s) TCCL POSÉ(s) pour des Montréalais au cours de l'année financière	17 106	16 760	17 117
Nb D'USAGERS DIFFÉRENTS au cours de l'année financière	14 435	14 447	14 541
Nb et % des USAGERS Montréalais qui ont eu PLUS D'UNE « CONSULTATION AVEC TCCL » au cours de l'année financière	1 821 12,6%	1 668 11,6%	1 825 12,6%

7

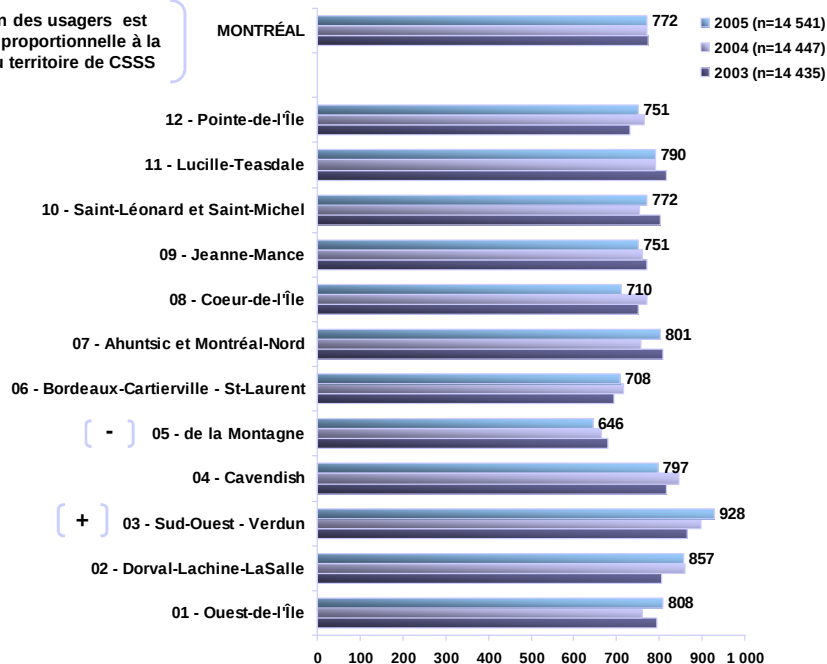
RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE DES USAGERS QUI ONT REÇU AU MOINS UN DIAGNOSTIC ASSOCIÉ AU TCCL



Tous sexes confondus, les 5-14 ans et les 75-84 ans
sont les sous-groupes les plus fortement touchés
par un diagnostic s'apparentant au TCCL

PRÉVALENCE D'UN DIAGNOSTIC ASSOCIÉ AU TCCL / 100 000 HABITANTS SELON LE TERRITOIRE DE RÉSIDENCE

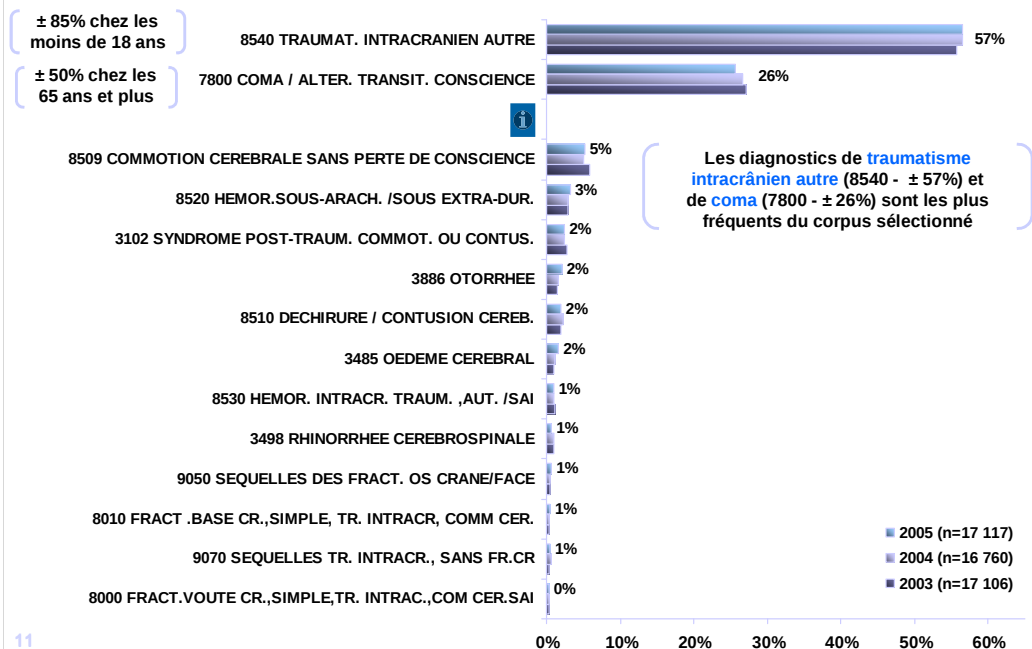
La répartition des usagers est généralement proportionnelle à la population du territoire de CSSS



2.0 PROFIL DES « CONSULTATIONS AVEC TCCL » PAR DES MONTRÉALAIS

DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AU TCCL POSÉS AU COURS DES

"CONSULTATIONS AVEC TCCL" (Note : Il peut y avoir plus d'un diagnostic par consultation)



11

PROFILS DES DOMMAGES CONSTATÉS AU SCAN * (2005-2006)

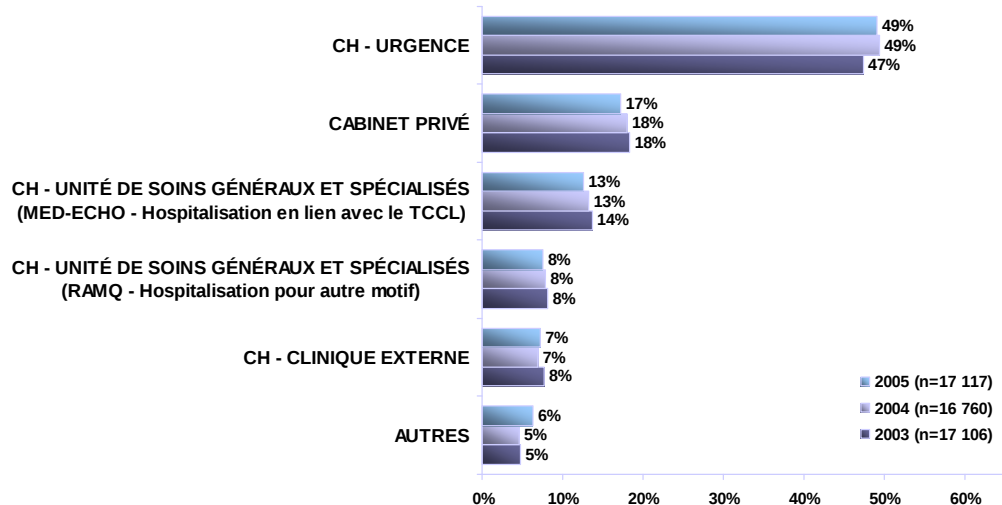
PROFIL DIAGNOSTIQUE DE L'ÉCHANTILLON

Type d'atteinte au scan	Enfants		Adultes				Total	% sur échantillon 2005-2006 n = 17 117
	Homme	Femme	Homme		Femme			
	0 - 17 ans n = 2 904	0 - 17 ans n = 1 748	18 - 64 ans n = 4 250	65 ans + n = 2 125	18 - 64 ans n = 3 069	65 ans + n = 3 021		
8520 – HSA / HSD / HED	10	2	143	171	59	159	544	3,18%
8510 – Contusions cérébrales	20	14	139	55	62	53	343	2,00%
3485 – Œdème cérébral	3	1	59	61	74	68	266	1,55%
8530 – Hémorragie intracérébrale	3	2	38	51	24	53	171	1,00%
8010 – Fracture de la base du crâne	7	3	48	12	10	9	89	0,52%
8000 – Fracture de la voûte	15	2	15	3	6	9	50	0,29%
Total "Scan positif"	58	24	442	353	235	351	1463	8,55%
[% sur total, n = 1 463]								
4% 2% 30% 24% 16% 24% 6% 94%								

Note : En l'absence de données sur les examens en radiologie, il est présumé que les diagnostics qui caractérisent des lésions traumatiques ont été posés suite à un examen au scan

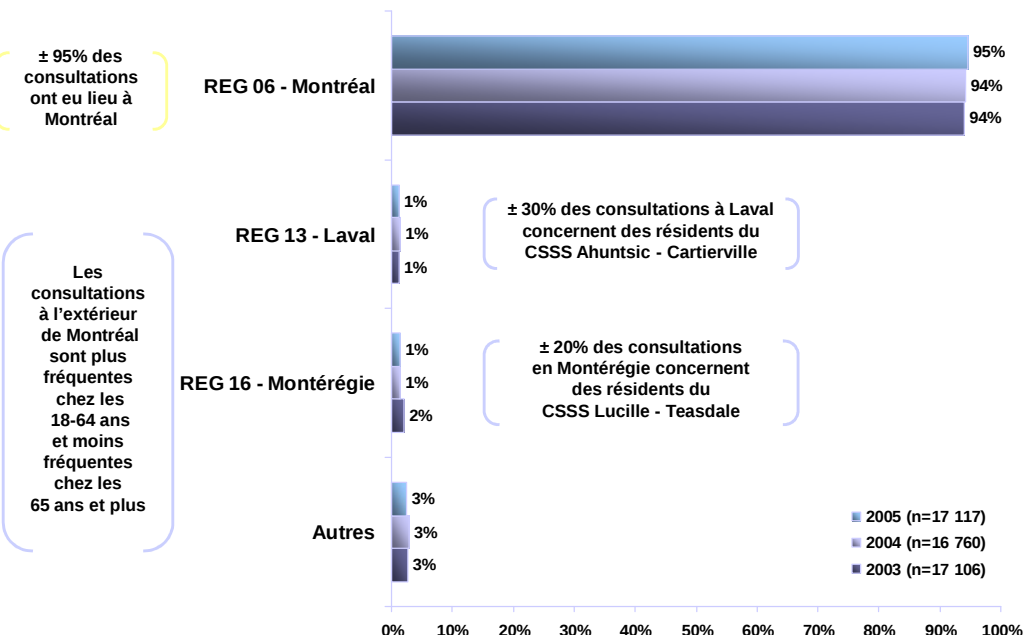
PRINCIPAUX TYPES D'ÉTABLISSEMENTS OÙ ONT EU LIEU LES CONSULTATIONS PAR DES MONTRÉALAIS

(Source : Lieu de l'acte médical - RAMQ)

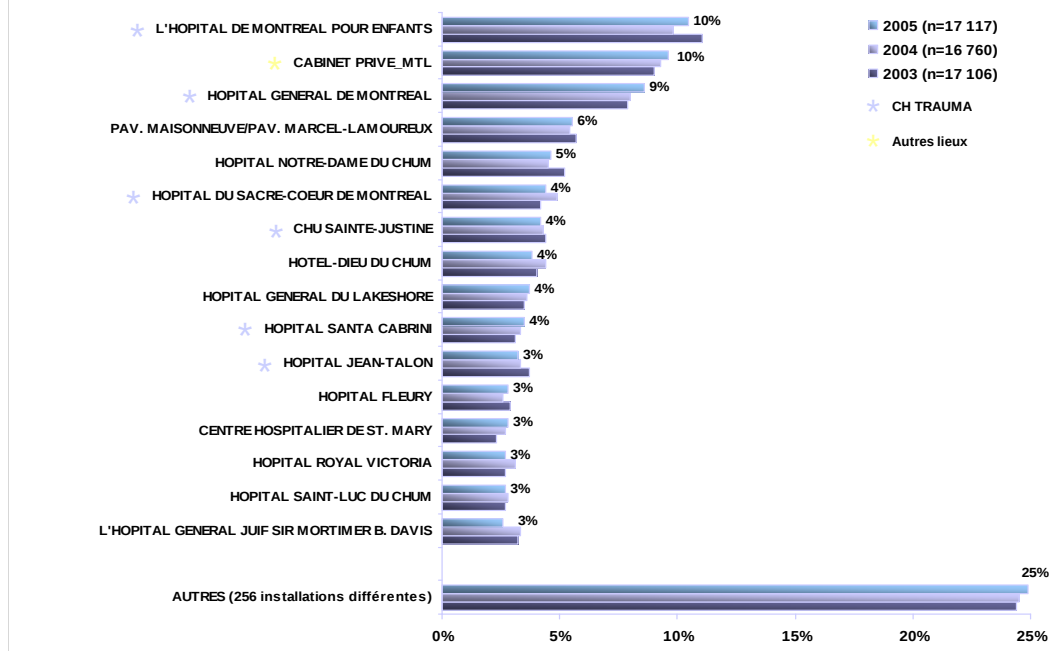


L'urgence est le lieu de près de la moitié ($\pm 49\%$) des consultations avec diagnostic associé au TCCL au cours d'une année financière

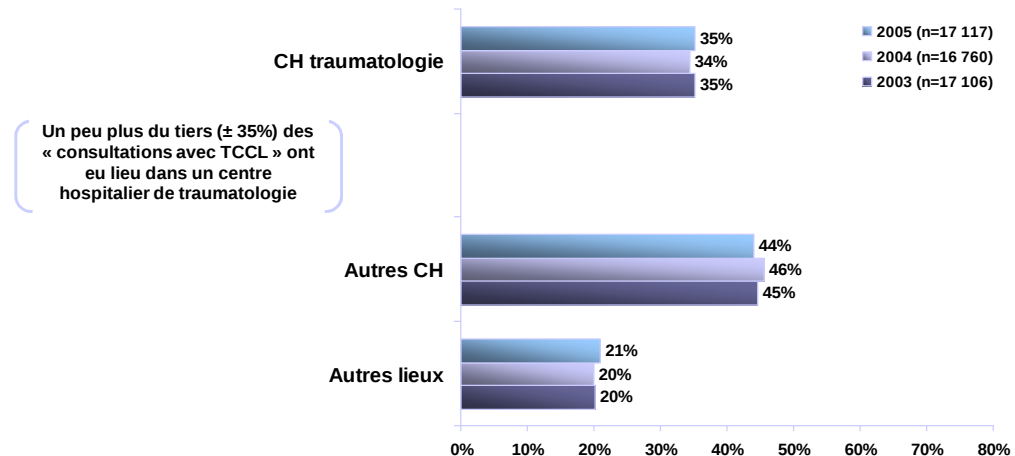
RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC OÙ ONT EU LIEU LES "CONSULTATIONS AVEC TCCL" PAR DES MONTRÉALAIS



PRINCIPALES INSTALLATIONS OÙ ONT EU LIEU LES "CONSULTATIONS AVEC TCCL" DES USAGERS MONTRÉALAIS



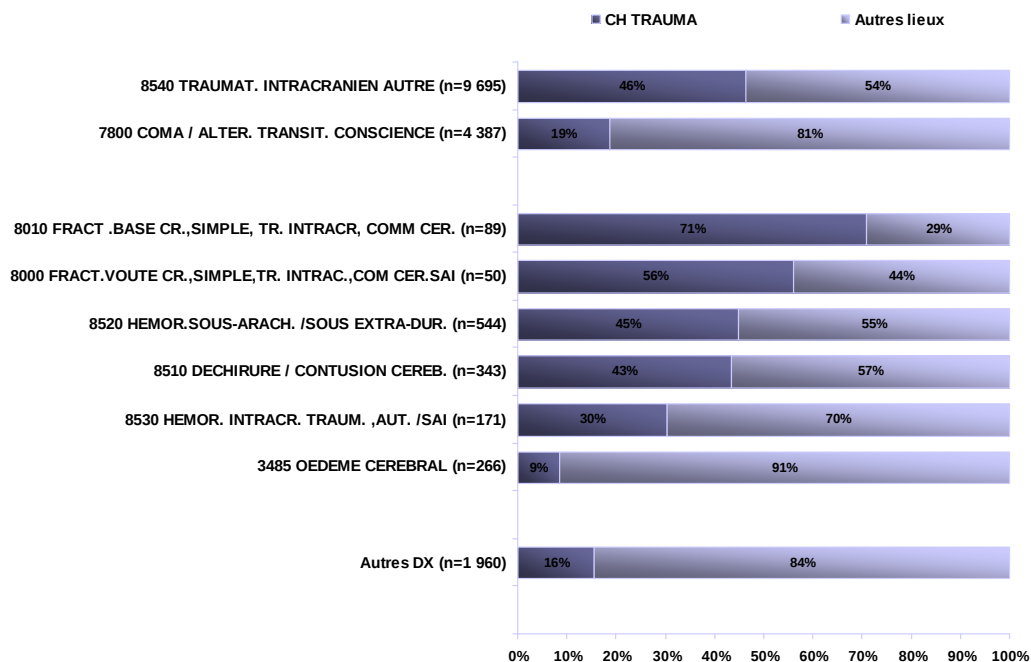
RÉPARTITION DES "CONSULTATIONS AVEC TCCL" SELON LA FRÉQUENTATION D'UN CENTRE HOSPITALIER DE TRAUMATOLOGIE



Un peu plus du tiers ($\pm 35\%$) des « consultations avec TCCL » ont eu lieu dans un centre hospitalier de traumatologie

En 2005-06, 57% des 1 825 Montréalais qui ont connu plus d'une « consultation avec TCCL » ont fréquenté au moins une fois un CH de traumatologie

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS OÙ ONT ÉTÉ POSÉS LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AU TCCL EN 2005-2006 (CH spécialisés en traumatologie / Autres lieux)



CONCLUSIONS

- La prévalence du TCCL est plus élevée dans l'échantillon :
 - Prévisions : 300 – 600 / 100 000 Montréalais
 - Observations 2005-06 : 772 / 100 000 Montréalais
- Le nombre et la nature des lésions traumatiques vues au scan sont conformes aux prévisions :
 - Prévisions : 8% – 10%
 - Observations 2005-06 : 8,6%
- Le profil des usagers est conforme aux prévisions et demeure stable sur une période de trois ans

SOMMAIRE

PROFIL DES USAGERS

- En 2005-06, on dénombre **14 541 Montréalais** avec au moins un diagnostic associé au TCCL :
 - 29% ont moins de 18 ans
 - 43% ont entre 18 et 64 ans
 - 28% ont 65 ans ou plus
- ➔ **13%** ont eu **plus d'une** « consultation avec TCCL » dans l'année
- ➔ On dénombre ainsi **17 117** « consultations avec TCCL » en 2005-06

PROFIL DES CONSULTATIONS

- **35%** ont lieu en **CH de traumatologie**
- **49%** ont lieu en à **l'urgence** d'un centre hospitalier
- **17%** ont lieu en dans un **cabinet privé**
- **95%** sont faites dans des établissements de **Montréal**

19

PROFIL DES DIAGNOSTICS

- **8,5%** des consultations de l'échantillon sont des « **scans positifs** »
- Deux diagnostics caractérisent plus de trois consultations sur quatre :
 - Le « **traumatisme intracrânien autre** » (8540 - **57%** des consultations)
 - Le « **coma / altération transitoire de la conscience** » (7800 - **26%** des consultations)

Caractéristiques du diagnostic « **traumatisme intracrânien autre** » :

- Ce diagnostic caractérise **± 85%** des consultations réalisées par des **moins de 18 ans**
- **3%** de ces diagnostics sont associés à une hospitalisation dans MED-ECHO

Caractéristiques du diagnostic « **coma / altération transitoire de la conscience** » :

- Ce diagnostic caractérise **± 50%** des consultations réalisées par des **65 ans et plus**
- **19%** de ces diagnostics sont associés à une hospitalisation dans MED-ECHO

20

ANNEXE 7 – DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE TRAUMATOLOGIE

Portrait statistique des Montréalais qui ont subi un TCCL

Quatre (4) CH de neurotraumatologie : Dépistage et intervention précoce, avec et sans agent payeur

Quatre (4) CR de réadaptation : prise en charge, avec et sans agent payeur

Tableau 1 CH / Volume de clients par statut avec et sans agent payeur / 2006- 2007 et 2007-2008

2006-2007	Adultes			Enfants		
Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent	Total
Admis	184 (65%)	140 (54%)	324 (60%)	164 (23%)	21 (38%)	185 (24%)
Inscrits	100 (35%)	119 (46%)	219 (40%)	553 (77%)	34 (62%)	587 (76%)
Sous-total	284 (100%)	259 (100%)	543 (100%)	717 (100%)	55 (100%)	772 (100%)
2007-2008	Adultes			Enfants		
Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent	Total
Admis	168 (72%)	124 (46%)	292 (58%)	149 (23%)	20 (43%)	169 (24%)
Inscrits	66 (28%)	145 (54%)	211 (42%)	508 (77%)	27 (57%)	535 (76%)
Sous-total	234 (100%)	269 (100%)	503 (100%)	657 (100%)	47 (100%)	704 (100%)
TOTAL	518 (50%)	528 (50%)	1 046 (100%)	1 387 (93%)	105 (7%)	1 492 (100%)

Analyse

- Au total pour les deux années, la clientèle adulte, admise et inscrite, représente 41% (1 046) de l'ensemble de la clientèle TCCL (2 538), alors que les enfants constituent 59% (1 492)

Chez l'adulte :

- Au total sur deux ans, il y a la même proportion de personnes avec (50%) et sans agent payeur (50%)
- Au total sur deux ans, il y a davantage de personnes admises (59%) que d'inscrites (41%)

Chez les enfants :

- Au total sur les deux années, il y a beaucoup plus d'enfants sans agent payeur (93%) que d'enfants avec agent payeur (7%)
- Au total sur les deux années, il y a trois fois plus d'enfants inscrits que d'enfants admis
- À l'HME, à chaque année, environ 1 500 autres patients TCCL ont été vus à l'urgence, avec dépistage, intervention de niveau I, information d'enseignement pour le congé, et ressources pour le suivi

Tableau 2 CH / Durée moyenne de séjour (DMS) - Adultes avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	2 591 (50%)	14	1 839 (24%)	13	4 430 (35%)	14
Inscrits	2 634 (50%)	26	5 747 (76%)	48	8 381 (65%)	38
Sous-total	5 225 (100%)	S.O.	7 586 (100%)	S.O.	12 811 (100%)	S.O.
%	41%		59%		100%	
2007-2008	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	3 853 (62%)	23	1 959 (30%)	16	5812 (46%)	20
Inscrits	2 340 (38%)	36	4 621 (70%)	32	6961 (54%)	33
Sous-total	6 193 (100%)	S.O.	6 580 (100%)	S.O.	12 773 (100%)	S.O.
%	48%		52%		100%	
TOTAL	1 1418 (45%)	S.O.	14 166 (55%)	S.O.	25 584 (100%)	S.O.

Analyse

- Les deux années présentent certains écarts dans les durées moyennes de séjours (DMS).
 - La DMS pour la clientèle admise sans agent payeur est passée de 14 jours en 2006-2007 à 23 jours en 2007-2008, soit une augmentation de 65%
 - Pour la clientèle inscrite, elle a augmenté de 26 jours en 2006-2007 à 36 jours en 2007-2008, soit une croissance de 38%
- Une tendance à la hausse aussi nette ne s'observe pas pour la clientèle avec agent payeur, puisqu'on constate une augmentation moindre (23%) pour les personnes admises en 2007-2008 et une baisse de 33% pour les personnes admises en 2007-2008 et une baisse de 33% pour les personnes inscrites

Tableau 3 CH / Durée moyenne de séjour (DMS) - Enfants avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Enfants					
	Sans agent		Avec agent		Total	
Statut	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	435 (8%)	3	88 (3%)	4	523 (6%)	3
Inscrits	5 075 (92%)	11	2 605 (97%)	77	7 680 (94%)	13
Sous-total	5 510 (100%)	S.O.	2 693 (100%)	S.O.	8 203 (100%)	S.O.
%	67%		33%		100%	
2007-2008	Enfants					
	Sans agent		Avec agent		Total	
Statut	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	375 (4%)	3	63 (5%)	3	438 (4%)	3
Inscrits	8 658 (96%)	17	1 252 (95%)	46	9 910 (96%)	19
Sous-total	9 033 (100%)	S.O.	1 315 (100%)	S.O.	10 348 (100%)	S.O.
%	87%		13%		100%	
TOTAL	14 543 (78%)	S.O.	4 008 (22%)	S.O.	18 551 (100%)	S.O.

Analyse

Mise en garde : il faut considérer le faible volume d'enfants et l'impact potentiel sur l'interprétation des données en particulier pour la clientèle pédiatrique avec agent payeur

- Pour les enfants, certains écarts dans la DMS existent d'une année à l'autre :
 - La DMS pour les enfants admis sans ou avec agent payeur est stable, alors que pour la clientèle inscrite, la DMS est passée de 11 jours en 2006-2007 à 17 jours en 2007-2008, soit une augmentation de 55%
 - Pour la clientèle avec agent payeur, on note une diminution de 40% de la DMS pour les enfants inscrits, passant de 77 jours en 2006-2007 à 46 jours en 2007-2008
 - Pour les enfants inscrits, on observe une DMS cinq fois plus longue avec agent que sans agent payeur
- Il existe un écart significatif entre la DMS (c.-à-d. durée des admis + durée des inscrits en fonction de l'âge et/ou de la présence d'un tiers payeur :
 - Avec agent payeur : DMS totale des 0-17 ans est de 29 jours comparativement à 27 jours pour les adultes
 - Sans agent payeur : DMS totale des 0-17 ans est de 7 jours comparativement à 22 jours pour les adultes
- Chez les enfants, on remarque que la durée du suivi est, en moyenne, quatre fois plus longue pour les cas avec agent payeur
- Chez l'adulte, on observe des DMS plus courtes pour les personnes admises avec un agent payeur alors que pour les personnes inscrites, on note une DMS plus longue en 2006-2007 pour les personnes avec agent payeur, DMS qui a diminué en 2007-2008, pour devenir légèrement inférieure à celle des personnes sans agent payeur

Tableau 4 CH / Heures de prestation de services (HPS) - Adultes avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	1 992 (87%)	11	1 628 (81%)	12	3 620 (84%)	11
Inscrits	308 (13%)	3	379 (19%)	3	687 (16%)	3
Sous-total	2 300 (100%)	S.O.	2 007 (100%)	S.O.	4 307 (100%)	S.O.
%	53%		47%		100%	
2007-2008	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	2 421 (93%)	14	1 534 (73%)	12	3 955 (84%)	14
Inscrits	179 (7%)	3	559 (27%)	4	738 (16%)	4
Sous-total	2 600 (100%)	S.O.	2093 (100%)	S.O.	4 693 (100%)	S.O.
%	55%		45%		100%	
TOTAL	4 900 (54%)	S.O.	4 100 (46%)	S.O.	9 000 (100%)	S.O.

Analyse

- Pour les adultes, les HPS sont stables d'une année à l'autre que ce soit avec ou sans agent payeur
- Les personnes sans agent payeur consomment leurs HPS très majoritairement pendant leur admission, 90% versus 77% pour les personnes avec agent payeur

Tableau 5 CH / Heures de prestation de services (HPS) - Enfants avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Enfants					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	238 (25%)	1,5	343 (58%)	16	581 (45%)	3
Inscrits	731 (75%)	1,8	249 (42%)	7	980 (55%)	1,7
Sous-total	969 (100%)	S.O.	592 (100%)	S.O.	1 561 (100%)	S.O.
%	62%		38%		100%	
2007-2008	Enfants					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	210 (30%)	1,4	101 (41%)	5	311 (33%)	1,8
Inscrits	480 (70%)	0,9	148 (59%)	5	628 (67%)	1,2
Sous-total	690 (100%)	S.O.	249 (100%)	S.O.	939 (100%)	S.O.
%	74%		26%		100%	
TOTAL	1 659 (66%)	S.O.	841 (34%)	S.O.	2500 (100%)	S.O.

Analyse

- Pour les enfants, les HPS sont stables, d'une année à l'autre, que ce soit avec ou sans agent payeur, sauf pour les enfants admis qui présentent une baisse significative des HPS (16 heures en 2006-2007 et 5 heures en 2007-2008)
- Une distribution similaire à celle des DMS est retrouvée pour les HPS :
 - Avec agent payeur : HPS moyennes totales des 0-17 ans de 7 heures comparativement à 10 heures pour les adultes
 - Sans agent payeur : HPS moyennes totales des 0-17 ans de 1 heure comparativement à 9 heures pour les adultes
- On remarque qu'en pédiatrie les HPS sont beaucoup plus nombreuses pour les enfants avec un agent payeur (5 fois plus)

Tableau 6 Orientation au congé du CH - Adultes et enfants avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

Année	Adultes						
	Sans agent			Avec agent			TOTAL
	Domicile	CR	Total	Domicile	CR	Total	
2006-2007	210 (84%)	39 (16%)	249 (100%)	179 (72%)	70 (28%)	249 (100%)	498 (53%)
2007-2008	142 (74%)	50 (26%)	192 (100%)	210 (82%)	45 (18%)	255 (100%)	447 (47%)
Sous-total	352 (80%)	89 (20%)	441(100%)	389 (77%)	115 (23%)	504 (100%)	945 (100%)
Année	Enfants						
	Sans agent			Avec agent			TOTAL
	Domicile	CR	Total	Domicile	CR	Total	
2006-2007	291 (99%)	3 (1%)	294 (100%)	42 (93%)	3 (7%)	45 (100%)	339 (48%)
2007-2008	286 (98%)	5 (2%)	291 (100%)	36 (97%)	1 (3%)	37 (100%)	328 (52%)
Sous-total	577 (99%)	8 (1%)	585 (100%)	78 (95%)	4 (5%)	82 (100%)	667 (100%)

Analyse

- Le choix de l'orientation au congé est légèrement différent pour les adultes et les enfants. Presque la totalité des enfants (99%) retourne à domicile versus 78% des adultes. Une donnée qui surprend peu, compte tenu du contexte de vie des enfants et de leur pronostic de récupération, généralement meilleur que celui des adultes

Tableau 7 CR / Volume de clients par statut avec et sans agent payeur / 2006- 2007 et 2007-2008

2006-2007	Adultes			Enfants		
Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent	Total
Admis	32 (37%)	9 (16%)	41 (100%)	0 (0%)	3 (25%)	3 (16%)
Inscrits	54 (63%)	46 (84%)	100 (100%)	7 (100%)	9 (75%)	16 (84%)
Sous-total	86 (100%)	55 (100%)	141 (100%)	7 (100%)	12 (100%)	19 (100%)
2007-2008	Adultes			Enfants		
Statut	Sans agent	Avec agent	Total	Sans agent	Avec agent	Total
Admis	32 (34%)	8 (18%)	40 (29%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (6%)
Inscrits	63 (66%)	36 (82%)	99 (71%)	9 (90%)	6 (100%)	15 (94%)
Sous-total	95 (100%)	44 (100%)	139 (100%)	10 (100%)	6 (100%)	16 (100%)
TOTAL	181(65%)	99 (35%)	280 (100%)	17 (49%)	18 (51%)	35 (100%)

Analyse

- Pour les deux années, on observe pour les adultes un volume 4 fois plus grand de personnes admises en réadaptation sans agent payeur (32 /9 et 32 / 8)
- Pour la clientèle adulte, au total pour les deux ans, il y a presque deux fois plus de personnes avec agent payeur qui ont été traitées (181 / 99)
- Pour les deux années, on observe également, autant chez les adultes que chez les enfants, que le nombre de personnes inscrites représente près de 70% de l'ensemble de la clientèle
- En pédiatrie, le volume de cas est très bas et ne permet pas de laisser voir des écarts significatifs

Tableau 8 CR / Durée moyenne de séjour (DMS) - Adultes avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007		Adultes				
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	1 490 (16%)	47	729 (10%)	81	2 219 (13%)	54
Inscrits	7 587 (84%)	141	6812 (90%)	148	14 399 (87%)	144
Sous-total	9 077 (100%)	S.O.	7 586 (100%)	S.O.	16 618 (100%)	S.O.
%	55%		45%		100%	
2007-2008		Adultes				
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	1653 (22%)	52	396 (9%)	50	2 049 (17%)	51
Inscrits	5956 (78%)	95	4077 (91%)	113	10 033 (83%)	101
Sous-total	7 609 (100%)	S.O.	4 473 (100%)	S.O.	12 082 (100%)	S.O.
%	63%		37%		100%	
TOTAL	16 686 (58%)	S.O.	12 059 (42%)	S.O.	28 698 (100%)	S.O.

Analyse

- La durée moyenne totale de prise en charge est de ± 6 mois en 2006-07, dont environ 5 mois en externe et de ± 5 mois en 2007-08, dont environ 3 mois en externe

Tableau 9 CR / Durée moyenne de séjour (DMS) - Enfants avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Enfants					
	Sans agent		Avec agent		Total	
Statut	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	0 (0%)	0	463 (8%)	154	463 (5%)	154
Inscrits	4 081 (100%)	583	5 022 (92%)	558	9 103 (95%)	569
Sous-total	4 081 (100%)	S.O.	5 485 (100%)	S.O.	9 566 (100%)	S.O.
%	43%		57%		100%	
2007-2008	Enfants					
	Sans agent		Avec agent		Total	
Statut	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)	Nb de jours	DMS (jrs)
Admis	6 (0,1%)	6	0 (0%)	0	6 (0,05%)	6
Inscrits	5 242 (99,9%)	582	4 921 (100%)	820	10 163 (99,9%)	678
Sous-total	5 248 (100%)	S.O.	4 921 (100%)	S.O.	10 169 (100%)	S.O.
%	52%		48%		100%	
TOTAL	9 329 (47%)	S.O.	10 406 (53%)	S.O.	19 735 (100%)	S.O.

Analyse

- Il y a peu d'admis chez les enfants, mais ceux qui l'ont été ont eu des durées de séjour très longues (117 jours en moyenne) comparativement aux adultes (moyenne de 50 jours)
- En externe, les durées sont également longues en comparaison aux adultes (cinq fois plus longues : 20 mois versus 4 mois)
- Il n'y a pas d'écart entre les groupes avec ou sans tiers payeur

Tableau 10 CR / Heures de prestation de services (HPS) - Adultes avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

07/ Heures de présence des services (en h) - 2006-2007 et 2007-2008						
2006-2007	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	3 743 (63%)	117	2 064 (27%)	229	5 807 (43%)	142
Inscrits	2 245 (37%)	42	5 530 (73%)	120	7 775 (57%)	79
Sous-total	5 988 (100%)	S.O.	7 594 (100%)	S.O.	13 582 (100%)	S.O.
%	44%		56%		100%	
2007-2008	Adultes					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	4 815 (64%)	151	1 250 (28%)	156	6 065 (50%)	152
Inscrits	2 728 (36%)	43	3295 (72%)	92	6 023 (50%)	61
Sous-total	7 543 (100%)	S.O.	4 545 (100%)	S.O.	12 088 (100%)	S.O.
%	62%		38%		100%	
TOTAL	13 531 (53%)	S.O.	12 139 (47%)	S.O.	25 670 (100%)	S.O.

Analyse

- Pour les deux groupes, sans et avec agent payeur, la majorité des HPS sont consommées pendant l'admission (moyenne de 50 jrs et 134 h ; moyenne de 66 jours et 195 h)
- En externe, bien que la durée soit longue, l'intensité du suivi est faible : non assurés = moyenne de 42 h sur 116 jrs ou 20 min. par jr ; assurés = moyenne de 108 h sur 133 jrs ou 54 min. par jr). Les personnes avec agents payeurs on donc en moyenne plus de 3 fois le volume d'HPS que les autres

Tableau 11 CR / Heures de prestation de services (HPS) - Enfants avec et sans agent payeur / 2006-2007 et 2007-2008

2006-2007	Enfants					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	0 (0%)	0	519 (88%)	173	519 (61%)	173
Inscrits	194 (100%)	28	135 (12%)	15	329 (39%)	21
Sous-total	194 (100%)	S.O.	654 (100%)	S.O.	848 (100%)	S.O.
%	23%		77%		100%	
2007-2008	Enfants					
Statut	Sans agent		Avec agent		Total	
Admis	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h	Heures totales	Moyenne en h
	33 (22%)	33	0 (0%)	0	33 (4%)	33
Inscrits	118 (78%)	13	592 (100%)	99	710 (96%)	47
Sous-total	151 (100%)	S.O.	592 (100%)	S.O.	743 (100%)	S.O.
%	20%		80%		100%	
TOTAL	345 (22%)	S.O.	1 246 (78%)	S.O.	1 591 (100%)	S.O.

Analyse

- Il n'y a pas de tendance observable d'écart de HPS entre les enfants sans et avec agent payeur
- Bien que les durées soient longues, l'intensité des services est très basse : 173 h sur 154 jr ou 1 h par jr ; 33 h sur 6 jrs ou 5.5 h par jr

ANNEXE 8 – LISTE DES VARIABLES DANS W-STAT

Définition des variables dans W-STAT

Variable	Définition
Type de consortium	Permet d'inscrire la demande faite pour un enfant ou pour un adulte
Année	Année d'inscription, d'admission ou de réentrée de l'utilisateur (du 1 ^{er} janvier au 31 décembre)
Sexe	Masculin (M) ou Féminin (F)
Date de naissance	Date de naissance de l'utilisateur (année/mois/jour)
Date de référence	Date où l'établissement a reçu une demande d'un référent
Provenance de la référence	On entend par provenance la source de référence au programme. Parmi les choix possibles, on retrouve : • CHSGS (une liste des centres hospitaliers montréalais sera affichée) • Pré-hospitalier • Autre entrée : urgence • SAAQ • CSST • IVAC • CH hors Québec • CR hors consortium • CSSS/CLSC • Médecin en clinique privée • Association TCC • Client/famille • Autres
Région de référence	Une des 18 régions sociosanitaires au Québec d'où le référent a fait sa demande
Code postal	Inscription du code postal à 6 positions qui définit le lieu de résidence l'utilisateur
Agent payeur	Permet de spécifier quel organisme pourrait être facturable. Les choix possibles parmi les agents payeurs : • RAMQ • SAAQ • CSST • IVAC • Autre
Étiologie	On entend par étiologie l'incident qui a causé le TCC. Parmi les choix possibles, on retrouve : • Route • Agression • Chute • Sport • Travail • Autre
Date du traumatisme	Date à laquelle l'utilisateur a subi son traumatisme (année/mois/jour)
Date d'admission	Date à laquelle l'utilisateur a été admis au programme dans un lit de courte durée du centre hospitalier (année/mois/jour)
Date d'inscription	Date à laquelle l'utilisateur a été inscrit au programme pour des services

Variable	Définition
	externes seulement (année/mois/jour)
Date de la 1^{re} intervention	Date à laquelle la première intervention a eu lieu peu importe le type de professionnel (année/mois/jour)
Date de la 1^{re} intervention post congé interne	Date à laquelle la première intervention a eu lieu suite à un congé d'une centre hospitalier et ce, peu importe le type de professionnel (année/mois/jour)
Diagnostic du médecin référent	On entend par diagnostic du médecin référent, le diagnostic de TCC (toutes gravités confondues) proposé par le médecin qui a référé l'usager au programme. Les choix possibles sont : • Absence de TCC • TCC avec risque : ○ trivial ○ simple ○ complexe • Impossible à déterminer • Inconnu
Sévérité du TCC	Le niveau de sévérité correspond aux choix possibles de gravité du TCC tel que retenu par le médecin conseil de l'établissement qui a évalué l'usager. Les 4 choix possibles sont : • Pas de TCC • TCC Modéré • TCC Grave • TCC Léger
Facteurs de complexité	Les facteurs de complexité correspondent aux éléments qui permettent d'expliquer le fait que la durée de séjour d'un usager est anormalement longue. Il est possible de faire plusieurs choix parmi la liste suivante : 1. TCC antérieur 2. Trouble grave du comportement 3. Profil gériatrique 4. Historique d'abus de substances 5. Itinérance 6. Problème de santé mentale 7. Déficience intellectuelle ou sensorielle 8. Maladie dégénérative ou condition neurologique 9. Situation judiciaire contraignante 10. Présence de stressor antérieur
HPS par discipline	Permet d'identifier en heures les services qui ont été donnés à chaque usager pour chaque type de professionnel qui est intervenu auprès de l'usager
Orientation au congé	On entend par orientation au congé la destination finale du patient post congé de la clinique ambulatoire. La liste des options est, selon qu'on soit dans le consortium adulte ou enfant : • Transfert en réadaptation : Consortium adulte • Transfert en réadaptation : Autre consortium du Québec • Transfert en réadaptation : Hors du Québec • Transfert en réadaptation hors consortium, autre • Reprise optimale des HV : Retour au domicile AVEC rf. au CSSS • Reprise optimale des HV : Retour au domicile SANS rf. au CSSS • Reprise optimale des HV : Autre • Aucun potentiel de réadaptation : Domicile

Variable	Définition
	- Aucun potentiel de réadaptation : CHSLD - Aucun potentiel de réadaptation : Ressources résidentielles - Aucun potentiel de réadaptation : CH référent - Refus de services (inclut les abandons) - Complications médicales, retour au CH - Décès.
Date de prêt au congé	Date à laquelle l'utilisateur est prêt à quitter le centre hospitalier et que son congé a été autorisé par le médecin traitant (année/mois/jour)
Date de congé	Date à laquelle l'utilisateur quitte le centre hospitalier (année/mois/jour)
Raisons des délais*	Raisons pour lesquelles l'utilisateur subit un délai anormalement élevé entre la date où il est prêt à recevoir son congé et la date réel de son congé
Date de fermeture du dossier	

***Liste des raisons des délais selon le type d'établissement visé**

<u>Délai CH Interne - Adulte</u> - Fin de semaine / Férié - Absence de lit - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Ressources médicales non-disponibles - Besoin de supervision: absence de ressources - Récupération lente: absence de ressources - Attente d'hébergement - Ressources résidentielles non-disponibles - Autre (ex.: infection nosocomiale)	<u>Délai CH Interne - Enfant</u> - Fin de semaine / Férié - Absence de lit - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Ressources médicales non-disponibles - Procédures légales - Autre
<u>Délai CRDP Interne - Adulte</u> - Adaptation domicile - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Attente hébergement - Toxicomanie - Itinérance - Ressources résidentielles non-disponibles - Autre	<u>Délai CH Externe - Enfant</u> - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Procédures légales - Autre
<u>Délai CRDP Externe - Adulte</u> - Adaptation domicile - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Attente hébergement - Toxicomanie - Itinérance - Ressources résidentielles non-disponibles - Autre	<u>Délai CRDP Interne - enfant</u> - Adaptation domicile - TGC: absence de ressources - Ressources professionnelles non-disponibles - Attente hébergement - Procédures légales - Autre

ANNEXE 9 – CRITÈRES DE TRANSFERT

Critères de transfert des personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral tant pour les adultes que pour les enfants ou les adolescents vers les centres de neurotraumatologie

A-1 Traumatisme craniocérébral :

- A-1.1 Résultat de 13 et moins à l'échelle de Coma de Glasgow ;
- A-1.2 Résultat à l'échelle de Coma de Glasgow qui se détériore ;
- A-1.3 Présomption de fracture ouverte du crâne ou d'un enfoncement localisé ;
- A-1.4 Toute plaie pénétrante ;
- A-1.5 Signes de fracture de la base du crâne :
 - a) hémotympan ;
 - b) yeux de raton laveur ;
 - c) otorrhée ;
 - d) rhinorrhée ;
 - e) signe de Battle ;
- A-1.6 Tout patient présentant une anomalie à la tomodensitométrie crânienne²⁷.

²⁷ Le ministère a assoupli cette règle en 2008 lors de la révision des algorithmes décisionnels. Ainsi l'ajout de la distinction entre les lésions significatives et non significatives vient modifier ce critère. Outre chez l'enfant, les patients présentant une lésion non significative n'ont pas obligatoirement besoin d'être transférés en neurotraumatologie en fonction du risque de complication évalué par l'urgentologue et la capacité de l'établissement ou de la région à traiter ces complications.

**ANNEXE 10 – CADRE DE RÉFÉRENCE SERVICES POSTHOSPITALIERS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE
INTENSIVE EN INTERNE ET SOINS SUBAIGUS POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL**

CADRE DE RÉFÉRENCE

SERVICES POSTHOSPITALIERS EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN INTERNE
ET SOINS SUBAIGUS POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

OCTOBRE 2007

3^E ÉDITION – JUIN 2010

1 Introduction

L'un des mandats confiés au groupe de travail sur le *Plan de mise en œuvre du modèle d'organisation des services posthospitaliers* est de définir, de la façon la plus standard possible, les différentes clientèles. Nous voulons, par cette démarche, que tous les acteurs concernés soient en mesure de bien cibler la clientèle qui devrait être orientée en réadaptation dans les CSSS ou en centre hospitalier de réadaptation.

Un sous-groupe médical a contribué à l'élaboration du document en y apportant des commentaires et des précisions afin que le résultat final représente un consensus des professionnels et des médecins. Ce document reflète donc la vision et les orientations des acteurs (gestionnaires, professionnels et médecins) en réadaptation fonctionnelle intensive du réseau montréalais et de l'ASSSM. Cette vision est illustrée dans les buts visés pour la réalisation du modèle d'organisation des services posthospitaliers et dans le suivi du cadre de référence par tous les partenaires.

Buts visés

- Donner un rôle accru aux CSSS, en raison de leur responsabilité populationnelle, tant dans la prestation de services que dans la coordination des services posthospitaliers de réadaptation en interne dispensés par les CHR et les CSSS-URFI.
- Rendre accessible, le plus près possible du lieu de résidence des personnes, les services posthospitaliers de réadaptation en interne pour la clientèle de santé physique.
- Favoriser le retour à domicile de la clientèle ayant subi une intervention PTH – PTG.
- Simplifier et uniformiser les mécanismes d'accès aux services posthospitaliers de réadaptation en interne.
- Utiliser un outil commun pour la transmission des informations clientèles.
- Concentrer les clientèles avec un faible volume afin d'optimiser l'expertise et l'utilisation des ressources humaines et des plateaux techniques.
- Collaborer au désengorgement des urgences.
- Développer un continuum de services intégrés interétablissements.
- Assurer une complémentarité interprogramme.
- Rendre le réseau de la réadaptation plus efficace (notion de la bonne clientèle, au bon endroit, pour les bons services).

Programmes-services

Afin d'actualiser ce modèle, l'organisation des services a été conçue autour de trois grands types de clientèle : programme-services santé physique, programme-services déficience physique et programme-réadaptation gériatrique. Ils sont à l'origine de la désignation des différents mandats des établissements de réadaptation.

Programme-services santé physique

- Un ensemble de services visant la personne de tout âge qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements généraux, spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne vivant avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu **afin de répondre à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent être de nature aiguë et réversible.**

Le groupe de travail et le sous-groupe médical reconnaissent que ce programme vise aussi la personne qui est aux prises avec des problèmes chroniques de santé, auxquels s'ajoute une maladie ponctuelle, notamment chez la personne âgée.

Programme-services déficience physique

- Un ensemble de services visant la personne de tout âge dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque, selon toute probabilité, d'entraîner des incapacités **significatives et persistantes** (incluant épisodiques), reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est ou risque d'être réduit. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale.

Programme-réadaptation gériatrique

- Un ensemble de services visant la personne âgée présentant une pluri-pathologie et des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, ainsi qu'une **fragilité** avec des **incapacités dans plus d'un domaine** (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychologique, relationnel, etc.). Ces personnes nécessitent une **évaluation systématique** des éléments de **vulnérabilité** et de **complexité**. **Elles ont un potentiel de réadaptation, mais ne cadrent pas dans une approche traditionnelle de réadaptation intensive** : une individualisation de l'intensité des thérapies au niveau de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et est essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, ces personnes prennent plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, ce sont des personnes dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé et ce, de façon importante. Elles nécessitent une approche interdisciplinaire spécialisée en réadaptation gériatrique.

Clientèles admissibles

Au sein de ces programmes-services, certaines clientèles spécifiques sont admissibles.

Les clientèles admissibles dans ce cadre de référence sont celles qui présentent des atteintes du système nerveux, du système musculo-squelettique et multisystémiques (soins subaigus). Les différentes

clientèles sont présentées selon les principales pathologies de ces systèmes anatomo-physiologiques. La clientèle qui nécessite une réadaptation gériatrique termine cette présentation.

Il importe de mentionner que les clientèles avec atteintes cardiaques, pulmonaires ou oncologiques, nécessitant une approche spécifique en réadaptation fonctionnelle intensive en interne, ne sont pas visées par ce cadre de référence. Des travaux seront entrepris par l'ASSSM, dans le cadre du rapatriement des clientèles hors-régions par les régions d'ici le 31 mars 2011, afin d'identifier les besoins de ces clientèles.

Besoins de réadaptation

Nonobstant la présentation des différentes clientèles selon les principales pathologies, l'orientation de la clientèle vers un établissement de réadaptation doit d'abord être fonction des besoins de réadaptation de la personne.

Il faut faire la distinction entre les besoins de réadaptation et la pathologie présente chez une personne (diagnostic).

En effet, une personne avec un diagnostic neurologique d'AVC, par exemple, pourrait être orientée vers des établissements de réadaptation différents selon ses besoins de réadaptation : réadaptation fonctionnelle intensive, soins subaigus ou réadaptation gériatrique. Un établissement qui n'a pas de programme-services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique pourrait quand même accueillir une personne avec atteintes neurologiques pour l'obtention de soins subaigus (soins médicaux, infirmiers ainsi que de réadaptation mais à un moindre niveau afin de permettre une récupération à la suite d'un déconditionnement).

Dans le même sens, une personne âgée avec atteintes physiques et cognitives qui a des besoins de services en réadaptation fonctionnelle intensive en musculo-squelettique ou en soins subaigus doit être orientée vers ces services et non en réadaptation gériatrique. Le personnel des centres hospitaliers de réadaptation et des unités de réadaptation fonctionnelle intensive adopte l'approche globale nécessaire pour desservir ces clientèles.

2 Modalités de référence et mandats des établissements

Des modalités de référence ont été élaborées et des mandats attribués aux établissements de réadaptation montréalais afin de faciliter l'orientation de la clientèle selon les programmes-services. Deux modalités distinctes de référence ont été identifiées pour la clientèle de la région de Montréal selon le programme-service requis et une seule pour la clientèle des autres régions du Québec afin de respecter la responsabilité populationnelle de chaque région.

Clientèle de la région de Montréal

Clientèles santé physique et réadaptation gériatrique

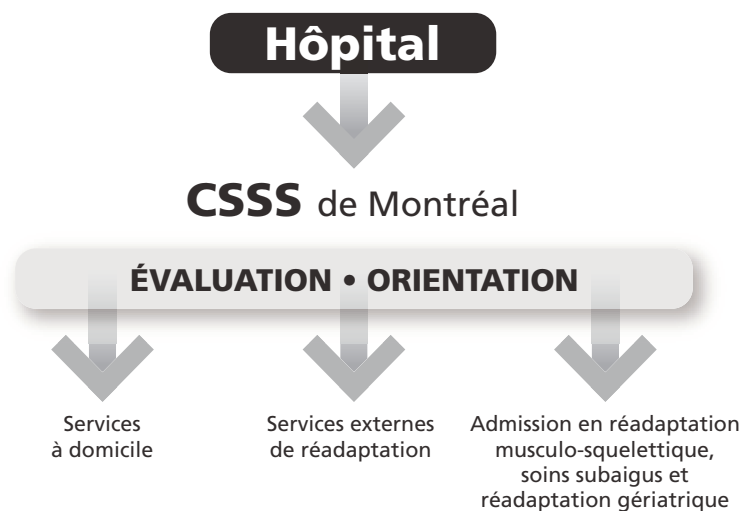
Les demandes de service pour les *clientèles santé physique et réadaptation gériatrique* doivent être dirigées vers les **CSSS**. Les demandes entreront par chacune des installations CLSC des CSSS, selon l'adresse de la clientèle, et seront regroupées au **guichet d'accès pour évaluation/orientation**.

Selon les besoins, le CSSS pourra orienter la clientèle à domicile et dispenser des **services à domicile** ou assurer des **services externes de réadaptation**. Selon la condition de la clientèle, elle pourra être admise en CHR/URFI au sein du CSSS ou orientée vers un **établissement pairé avec le CSSS**, soit pour la *santé physique*, soit pour la *réadaptation gériatrique*.

Dans certains cas, la clientèle pourrait venir du domicile et être orientée par le CSSS. Pour cette clientèle, une évaluation médicale récente doit cependant avoir été réalisée par le médecin traitant ou référent.

SCHÉMA 1 – Modalités de référence

Clientèles santé physique et réadaptation gériatrique – Résident de la région de Montréal



2

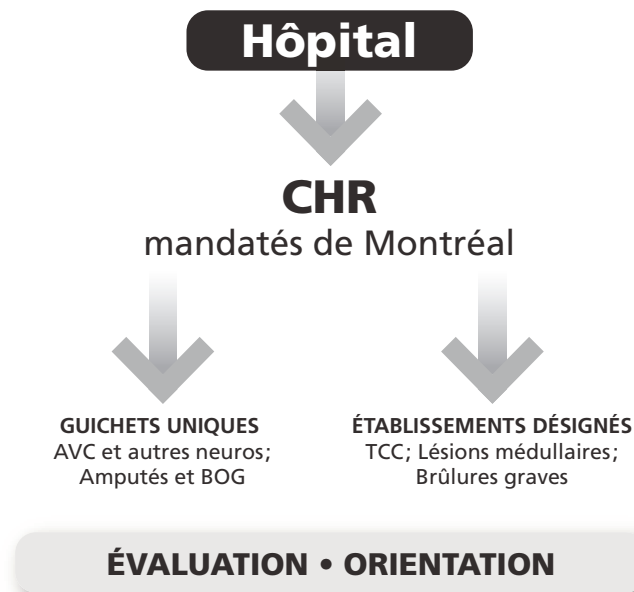
Clientèle déficience physique

En ce qui a trait aux demandes de service pour la *clientèle déficience physique résidente de Montréal*, elles doivent être acheminées aux **centres hospitaliers de réadaptation mandatés de Montréal**.

La clientèle AVC et autres neuros ainsi que la clientèle amputée et BOG doivent être orientées vers les **guichets uniques** identifiés à ces clientèles. Les clientèles du consortium intrarégional pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave et des centres d'expertise de l'Ouest et de l'Est du Québec pour les blessés médullaires et les brûlures graves doivent être orientées directement vers les établissements désignés selon les ententes en vigueur.

SCHÉMA 2 – Nouvelles modalités de référence

Clientèle déficience physique – Résident de la région de Montréal



2 Mandats des établissements

Clientèles en santé physique, déficience physique et réadaptation gériatrique

	SANTÉ PHYSIQUE	DÉFICIENCE PHYSIQUE	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
SYSTÈME NERVEUX			
AVC	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson ■ CHR Villa Médica ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
L.M. NON-TRAUMA	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal
L.M. TRAUMA	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
T.V.A.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
T.C.C.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
AUTRES NEUROS	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson ■ CHR Villa Médica ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson

(Suite à la page suivante)

	SANTÉ PHYSIQUE	DÉFICIENCE PHYSIQUE	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE			
FRACTURES ET LUXATIONS	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
RACHIS SANS NEURO	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ET INFLAMMATOIRES	■ CSSS-URFI ■ CHR ■ Hôpital juif de réadaptation de Laval¹	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson
LÉSIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES COMPLEXES INCLUANT LES B.O.G.	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal²
BRÛLURES GRAVES	N.A.	■ CHR Villa Médica	■ CHR Villa Médica²
AMPUTATIONS	N.A.	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ■ CHR Villa Médica	■ Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal² ■ CHR Villa Médica²
MULTI-SYSTÉMIQUE			
SOINS SUBAIGUS	■ CSSS-URFI ■ CHR	N.A.	■ Institut universitaire de gériatrie de Montréal ■ CSSS Cavendish – CHR Richardson

1. En vertu d'une entente interrégionale avec l'Agence de Laval, la région de Montréal a accès à des lits de réadaptation à l'Hôpital juif de réadaptation de Laval pour la clientèle montréalaise d'ici le 31 mars 2011. Seuls les guichets d'accès des CSSS de Montréal pour la *clientèle santé physique* et les centres hospitaliers de réadaptation mandatés de Montréal pour la *clientèle déficience physique* peuvent orienter la clientèle montréalaise à l'Hôpital juif de réadaptation de Laval.
2. Pour ces diagnostics, la personne est référée à l'établissement mandataire en déficience physique. Un lien sera fait avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le CSSS Cavendish – CHR Richardson selon le territoire de desserte afin de compléter l'offre de services spécialisés en réadaptation gériatrique, selon les besoins de la personne.

4 Critères généraux d'admission

Pour la région de Montréal et les autres régions

Ces critères d'admission s'appliquent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un centre hospitalier de réadaptation ou vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Chacun de ces critères doit être respecté au moment de l'admission.

- 1) Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus (16 ans pour les brûlures graves).
- 2) Présence d'incapacités physiques ou cognitives interférant avec la réalisation des habitudes de vie (AVD et AVQ).
- 3) Nécessite des **services de réadaptation sur une base quotidienne** et des soins médicaux et infirmiers (sauf pour la clientèle des soins subaigus où fréquence minimale de trois séances de réadaptation par semaine).
- 4) Potentiel de réadaptation :
 - pronostic favorable d'amélioration au plan de son autonomie ;
 - potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités ;
 - capacité de comprendre et de suivre des consignes simples ;
 - capacité de participer activement à la réadaptation.
- 5) La personne ou son représentant consent au transfert à un programme de réadaptation fonctionnelle intensive ou à un programme de soins subaigus adapté à sa condition.
- 6) La personne ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation ou soins subaigus à l'interne en raison :
 - de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs) ;
 - de surcharge physique et psychologique pour lui-même ou pour ses proches ;
 - d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.
- 7) État médical, psychiatrique et postchirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :
 - aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent le transfert ;
 - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus ;
 - les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active et s'il y a trachéotomie, il n'y a pas de risque d'obstruction aiguë.
- 8) Absence de troubles graves de comportement non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui.
- 9) Absence de toutes conditions qui pourraient **empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat**, la réadaptation.
- 10) L'hôpital effectuera un prélèvement pour recherche de SARM dans les 24 heures précédant la date d'admission annoncée par le CHR ou CSSS-URFI ; l'ERV sera également recherché si l'hôpital est en situation d'éclosion. Lors de la confirmation du transfert (24 heures avant), le CHR ou CSSS-URFI vérifiera, auprès de l'hôpital, le statut infectieux de la clientèle¹. Cette démarche pourra se faire par téléphone et les informations recueillies par le représentant du CHR ou CSSS-URFI seront celles de la Grille intitulée « Statut infectieux », développée par le TRPIN. Elles seront consignées par écrit sur cette Grille et versées au dossier de la personne. Le CHR ou le CSSS-URFI prendra en considération le résultat du dernier dépistage connu pour l'attribution d'un lit.

Les résultats portant sur les dépistages des infections nosocomiales effectués en cours d'hospitalisation seront saisis de la façon la plus exhaustive possible dans le document principal intégré de la DSIE¹. À compter du 1^{er} mai 2008, les hôpitaux ont intégré des informations additionnelles concernant les infections nosocomiales, à l'intérieur du document principal de la DSIE.

1. Recommandations de la Direction de la santé publique et de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

5 Informations et documents généraux requis lors de l'admission du client

L'information et les documents requis lors de l'admission de la personne s'adressent à l'ensemble des clientèles qui doivent être orientées vers un centre hospitalier de réadaptation ou vers une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Chacun des éléments doit accompagner la personne lors de son admission.

- 1) Ordonnance de départ (incluant les médicaments réguliers) et le profil pharmacologique récent.
- 2) Feuille sommaire médicale et si disponible le protocole opératoire (ex. : l'amplitude articulaire du genou obtenue en salle d'opération, la position de sommeil, l'approche pour PTH-PTG, etc.).
- 3) Rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents.
- 4) Rapports des procédures récentes demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie (date de changement prévue et plan d'enseignement de l'infirmier(ère), etc.).
- 5) Confirmation du prélèvement de SARM (ou ERV si pertinent) 24 heures avant le transfert vers le centre hospitalier de réadaptation ou le CSSS-URFI.
- 6) Rapports des médecins consultants et des autres professionnels de la réadaptation dont les informations sur les fonctions cognitives lorsque disponibles et pertinentes (ex. : mémoire à long terme, jugement/autocritique, activation/initiative, capacité d'apprentissage/organisation de l'information, apraxie, tolérance à la frustration, etc.).
- 7) Plan de soins.
- 8) Profils de glycémie et d'anticoagulothérapie (incluant les protocoles lorsque requis.
- 9) Identification de la prise en charge du suivi de l'anti-coagulothérapie.
- 10) Numéro de la carte RAMQ, avec date d'expiration.
- 11) Mise à jour de la confirmation écrite des rendez-vous de suivi avec le(s) médecin(s) spécialiste(s) (dates, heures, nom du (des) médecin(s), lieu, etc.) depuis l'information transmise dans le document principal intégré de la DSIE lors de la demande d'admissibilité.

Ne pas envoyer le dossier médical. Il est important de transmettre les informations pertinentes afin d'assurer un suivi sécuritaire lors du transfert de la clientèle à l'intérieur de l'enveloppe de départ.

6 Critères généraux de fin d'intervention

La réadaptation fonctionnelle intensive ou les soins subaigus à l'interne prennent fin lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présente :

- 1) la personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie (domicile*, centre d'hébergement, ressource intermédiaire (RI) ou alternative (RA), ressource de type familial (RTF)), de façon sécuritaire avec ou sans aide et peut, lorsque requis, recevoir ses services de réadaptation sur une base externe ;
- 2) la poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur l'autonomie personnelle et sociorésidentielle de la personne (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau) ;
- 3) la personne refuse de poursuivre sa réadaptation tout en étant apte à prendre des décisions ;
- 4) la personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme ;
- 5) l'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus (complications ou instabilité médicales).

Alors, l'établissement de réadaptation informe le CSSS et met à jour la DSIE.

* Pour un retour à domicile, l'aide nécessaire n'excède pas ce que le proche aidant peut offrir (incluant soutien CLSC ou assistance privée)

1. Système nerveux

1.3 Traumatismes cranio-cérébraux (TCC)

Les critères d'admission spécifiques, de fin d'intervention, les informations/documents requis lors de la demande d'admission ou lors du transfert doivent respecter les orientations du Consortium interrégional de soins et services de l'ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave.

Définition

- Personne ayant subi une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associée ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neuropsychologiques ou psychosociales partielles ou totales. Voir catégories de gravité du TCC à la page suivante.

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Capacité de participer à des traitements de réadaptation, au minimum 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour.
- Sevrage de la trachéotomie **avant** le transfert.
Si cela s'avérait impossible à **court terme** :
 - 1) absence de risque d'obstruction aiguë si décanulation accidentelle;
 - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation;
 - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert :
 - soins trachéo : maximum de trois aspirations aux huit heures.
- Dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire.

Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

Information/documents requis lors de la demande d'admission

- DSIE document principal intégré.
- Pour trachéotomie :
 - 1) raison initiale de la mise en place d'une trachéotomie;
 - 2) raison du maintien de la trachéotomie;
 - 3) essais de retraits infructueux antérieurs ayant nécessité une recanulation d'urgence;
 - 4) information sur l'intégrité du larynx :
 - présence de sténose, laryngomalacie, granulome,
 - histoire de fistule,
 - mobilité des cordes vocales,
 - joindre la dernière note d'ORL contenant les résultats de la RPL,
 - joindre la dernière note du pneumologue contenant les résultats de la bronchoscopie.

5) description de la canule (taille, type).

- Fournir l'information sur les fournitures particulières ou le matériel spécialisé requis (pompes, tubulures, cathéters, surfaces thérapeutiques, matériel pour personne obèse, VAC, etc.).

Établissements receveurs

- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal pour la clientèle de la région de Montréal.
- Consortiums régionaux et interrégionaux pour la clientèle des autres régions.

Information/ documents requis lors de l'admission

- Fournir l'information et les documents requis lors de l'admission.
- Mise à jour de la DSIE sur les modifications du comportement et l'état émotionnel (incluant le niveau de comportement et le degré de surveillance).
- Si une surveillance ou un encadrement est nécessaire, définir les modalités requises.
- Information mise à jour 24 heures avant le transfert.

Catégories de gravité du traumatisme cranio-cérébral

CARACTÉRISTIQUES	CATÉGORIE 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 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 et 14 jours	Plusieurs semaines

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

4. Réadaptation gériatrique

Définition

- Un ensemble de services visant la personne âgée présentant une pluripathologie, des comorbidités compliquant le processus de réadaptation et la prise en charge, ainsi qu'une **fragilité** avec des incapacités **dans plus d'un domaine** (cognitif, physique, nutritionnel, sensoriel, psychologique, relationnel, etc.). La personne nécessite **une évaluation systématique** des éléments de **vulnérabilité** et de **complexité**. Elle **a un potentiel de réadaptation mais ne cadre pas dans une approche traditionnelle de réadaptation intensive**: une individualisation de l'intensité des thérapies au niveau de la fréquence, de la durée et des modalités est requise et est essentielle lors de la planification des interventions. Généralement, elle prend plus de temps à atteindre les objectifs de réadaptation. En somme, c'est une personne dont l'état de santé est fragile et facilement déstabilisé, et ce, de façon importante. Elle requiert une approche spécialisée en réadaptation gériatrique.

Critères d'admission spécifiques

- Respect de tous les critères d'admission généraux.
- Clientèle visée majoritairement âgée de 75 ans et plus, présentant les caractéristiques ci-dessous :
 - La clientèle avec déficits sensoriels (visuels, auditifs) importants, non compensés par des aides techniques doit être orientée en réadaptation gériatrique.
 - La présence de 2 ou plus de ces critères chez une personne âgée détermine le besoin d'une approche spécialisée en réadaptation gériatrique :
 - plusieurs comorbidités nécessitant un suivi actif ou facilement instables et traitées avec une polymédication ;
 - hospitalisation au cours de l'année ou durée prolongée (> 21 jours) de la présente période d'hospitalisation ;
 - deux chutes ou plus dans les 3 à 6 derniers mois ;
 - déficits cognitifs, interférant avec la réalisation des habitudes de vie et nécessitant une supervision étroite, dont les troubles des fonctions exécutives : troubles d'activation (difficulté à initier une activité), manque d'autocritique (difficulté à évaluer l'impact de ses actions), difficultés d'apprentissage (difficulté à capter et à garder en mémoire les nouvelles informations), etc. ;
 - dysphagie nécessitant l'implication d'une équipe spécialisée.
 - Critère d'exclusion : la clientèle avec un TCC, un TVA, une lésion médullaire traumatique, victime de brûlures graves ou amputée avec un besoin d'appareillage.

Critères de fin d'intervention en réadaptation à l'interne

- En accord avec les critères GÉNÉRAUX de fin d'intervention.

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

Québec

