

Organisation régionale des services
pour les personnes victimes d'un
traumatisme craniocérébral léger



2012-2015

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-89547-200-1 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-201-8 (version PDF)

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
CONSULTATIONS	6
RÉSUMÉ	7
MISE EN CONTEXTE	8
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES POUR LES TCCL	9
L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LES FACTEURS DE RISQUES	9
DÉFINITION D'UN TCCL ET SES NIVEAUX DE GRAVITÉ	9
PROCESSUS D'INTERVENTION NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN TCCL.....	11
ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	12
PORTRAIT DE LA RÉGION DES LAURENTIDES	13
PORTRAIT DU RÉSEAU DE SERVICES DES LAURENTIDES	14
OBJECTIFS RÉGIONAUX	16
EFFICACITÉ DU REPÉRAGE.....	16
DÉTERMINATION DU DIAGNOSTIC, ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES.....	16
DÉTERMINATION DU PRONOSTIC D'ÉVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE DE COMPLICATIONS FONCTIONNELLES PRÉCOCES ET PERSISTANTES	16
INTERVENTION PRÉVENTIVE PRÉCOCE	17
ORIENTATION DES PERSONNES VICTIMES D'UN TCCL VERS LES SERVICES REQUIS EN FONCTION DE LEURS BESOINS	17
METTRE EN PLACE LE PLAN D'IMPLANTATION	18
SITUATION ACTUELLE VS SITUATION SOUHAITÉE	19
PORTE D'ENTRÉE TARDIVE ET DE RÉENTRÉE DANS LA TRAJECTOIRE	20
RECOMMANDATION DU COMITÉ DE TRAVAIL TCCL	21
TRAJECTOIRE DE SERVICES RETENUE	22
RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES	23
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU CRDP LE BOUCLIER.....	25
PROCESSUS RÉGIONAL DE REDDITION DE COMPTE	26
STRATÉGIE D'IMPLANTATION 2012-2015	27
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE I – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DE L'INESSS (CLIENTÈLE ADULTE)	31
ANNEXE 2 – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DE L'INESSS (CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE)	33

ANNEXE 3 – FEUILLET EXPLICATIF RÉGIONAL.....	35
ANNEXE 4 – GRILLE DE REPÉRAGE POUR LES MÉDECINS.....	38
ANNEXE 5 – FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE.....	39
ANNEXE 6 – FORMULAIRE POUR TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR	40
ANNEXE 7 – GRILLE DE SUIVI RIVERMEAD	42
ANNEXE 8 – RECOMMANDATION DU COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE	43

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides tient à remercier les membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration de ce présent document. Leur disponibilité et leur engagement ont grandement facilité la rédaction.

Monsieur François Bédard, Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Dr Sébastien Lacroix, Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Dre Chloé Jamaty, Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Madame Ginette Constantin, Hôpital de St-Eustache

Madame Carole Blanchard, Hôpital de St-Eustache

Madame Amélie Godmer, Hôpital Laurentien

Dr Mathieu St-Cyr, Hôpital Laurentien

Dr Gino Fournier, Hôpital Laurentien

Madame Josée Vincent, Hôpital de Mont-Laurier

Madame Isabelle Doré, Hôpital de Mont-Laurier

Madame Sylvie Pelletier, Centre de réadaptation Le Bouclier

Monsieur Jérôme Ryckewaert, Centre de réadaptation Le Bouclier

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

Madame Johanne Dupont, Hôpital Ste-Justine

Madame Julie Boucher, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Madame Stéphanie Léveillée, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Madame Claire Séguin, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Monsieur Marco Blanchet, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

CONSULTATIONS

Comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides – avis favorable

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée - avis favorable

Département régional de médecine générale – avis favorable

Commission multidisciplinaire régionale – CMR – avis favorable

Comité de coordination réseau – santé physique – avis favorable

Commission infirmière régionale – CIR – avis favorable

Comité régional de traumatologie – avis favorable

Comité de gestion du réseau – CGR – avis favorable

RÉVISION DU TEXTE

Madame Claire Séguin, agente administrative

ADOPTION

Déposé à l'INESSS le 29 juin 2012

Approuvé par l'INESSS le 4 septembre 2012

Adopté par les membres du Conseil d'administration de l'Agence le 5 février 2013

Déposé au MSSS le 26 février 2013

RÉSUMÉ

L'état des connaissances à l'égard de la problématique du traumatisme craniocérébral léger (TCCL) a grandement évolué dans les dernières années. La démarche initiée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), suite à la publication de son document intitulé *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010*, s'inscrit d'abord et avant tout dans la perspective d'optimisation de l'offre de service. Pour ce faire, le mandat de définition de l'organisation des services a été confié à chaque agence de santé et des services sociaux du Québec.

Il est question de tracer une trajectoire de services pour les habitants des Laurentides victimes d'un TCCL en fonction des orientations ministérielles et des caractéristiques de la région. La finalité visée par le MSSS consiste principalement à « contribuer à la réduction de l'incapacité et des situations d'handicap chez les personnes victimes d'un TCCL » (MSSS, 2005-2010).

Le MSSS vise donc cinq grandes zones d'amélioration :

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

Ce document propose donc, toujours en lien avec les orientations du MSSS, l'implantation d'une trajectoire de services en tenant compte des réalités populationnelles et organisationnelles. De façon plus spécifique, le projet régional comprendra les cinq éléments suivants :

- un état de la 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 de 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.

MISE EN CONTEXTE

L'objectif poursuivi dans l'élaboration de ce document cible principalement deux aspects. D'un point de vue organisationnel, il s'agit de baliser l'organisation de services attendus relativement aux besoins ciblés de la clientèle de sorte à assurer l'efficacité et l'efficience de nos actions. D'un point de vue clinique, la finalité recherchée vise la réduction de l'incapacité et des situations de handicap chez les personnes victimes d'un TCCL.

Le but du processus d'intervention est de procéder au repérage des personnes à risque de complications médicales aiguës ou fonctionnelles persistantes et ainsi leur fournir des services et des soins appropriés à leurs besoins. Pour ce faire, l'organisation des services vise cinq zones d'amélioration :

- L'efficacité du repérage des personnes susceptibles d'être victimes d'un TCCL
- La détermination du diagnostic de TCCL ainsi que l'évaluation et la gestion du risque de complications médicales graves
- La détermination du pronostic de même que l'évaluation et la gestion du risque de complications graves
- 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

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES POUR LES TCCL

L'épidémiologie et les facteurs de risques

Selon les Task Force de l'OMS, les cas de traumatismes craniocérébraux légers constituent chez l'adulte entre 70% et 90% de l'ensemble de TCC traités initialement en milieu hospitalier (2004). Le taux est similaire en pédiatrie avec un pourcentage s'élevant entre 80% et 90%. Le taux est calculé à partir de la réalité en milieu hospitalier. La fréquence, calculée à partir de statistiques en milieu hospitalier, varie de 100 à 300 cas par 100 000 habitants (Task Force de l'OMS 2004). De plus environ 5% des TCCL n'évoluent pas favorablement. À cela, on doit aussi considérer qu'une large proportion des personnes blessées ne consultera pas un médecin à l'urgence, donc la fréquence réelle se situerait plutôt dans les 600 cas par 100 000 habitants (Task Force de l'Oms, 2004).

Le risque est deux fois plus élevé chez l'homme que chez la femme. Les causes principales du TCCL sont les accidents de la route et les chutes. De plus, les activités sportives et récréatives occupent une place importante chez l'enfant et l'adulte.

Définition d'un TCCL et ses niveaux de gravité

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

Opérationnellement, il se traduit par :

- a. L'objectivation d'au moins un (1) 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 ;
- b. Un résultat variant de 13 à 15 sur l'échelle de coma Glasgow 30 minutes ou plus, après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence.

Tableau de catégories de gravité de traumatisme

En conséquence, la position adoptée en 1999 est modifiée, et le tableau 1 présente la nouvelle catégorisation diagnostique.

Tableau 1
Catégories de gravité du traumatisme craniocérébral

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

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

3.3 LE PROCESSUS D'INTERVENTION NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN TCCL

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

Il est maintenant établi qu'un certain nombre d'individus rapporteront des symptômes aigus divers durant les premières semaines ou les premiers mois suivant l'atteinte traumatique. Ceux-ci devraient s'estomper rapidement au cours des trois premiers mois. Si le pronostic de récupération est d'emblée excellent pour la grande majorité des personnes atteintes, un petit nombre d'individus rapportera malgré tout des symptômes persistants, au-delà de trois mois, qui ne semblent toutefois pas être associés de manière exclusive et durable avec l'atteinte neurologique initiale.

Processus d'intervention nécessaire à la suite d'un TCCL

« Le traumatisme craniocérébral léger est une pathologie très fréquente, habituellement sans complications médicales aiguës ni conséquences fonctionnelles durables (...). Les travaux du Task Force ont permis de délimiter plus clairement cette catégorie diagnostique, ses conséquences fonctionnelles et les besoins de services des personnes atteintes » (MSSS, 2005, p.34).

Habituellement, les symptômes aigus vont tendre à s'estomper dans les trois premiers mois. Si le pronostic de récupération est d'emblée excellent pour la grande majorité, il n'en demeure pas moins que certains nombre d'entre eux rapporteront des symptômes persistants, au-delà de trois mois.

La finalité du processus d'intervention est de repérer ce petit nombre qui présente des risques de complications médicales graves.

Étape 1 – Gestion du risque de mortalité et 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.
- c. Offrir par la ressource la mieux approprié les services nécessaires aux personnes avec TCCL présentant une persistance des symptômes.

L'INESSS propose des algorithmes décisionnels pour la gestion du risque de complications médicales et fonctionnelles à la suite d'un TCCL s'appliquant autant à la clientèle adulte qu'à la clientèle pédiatrique. Les algorithmes décisionnels sont illustrés en annexe.

ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES

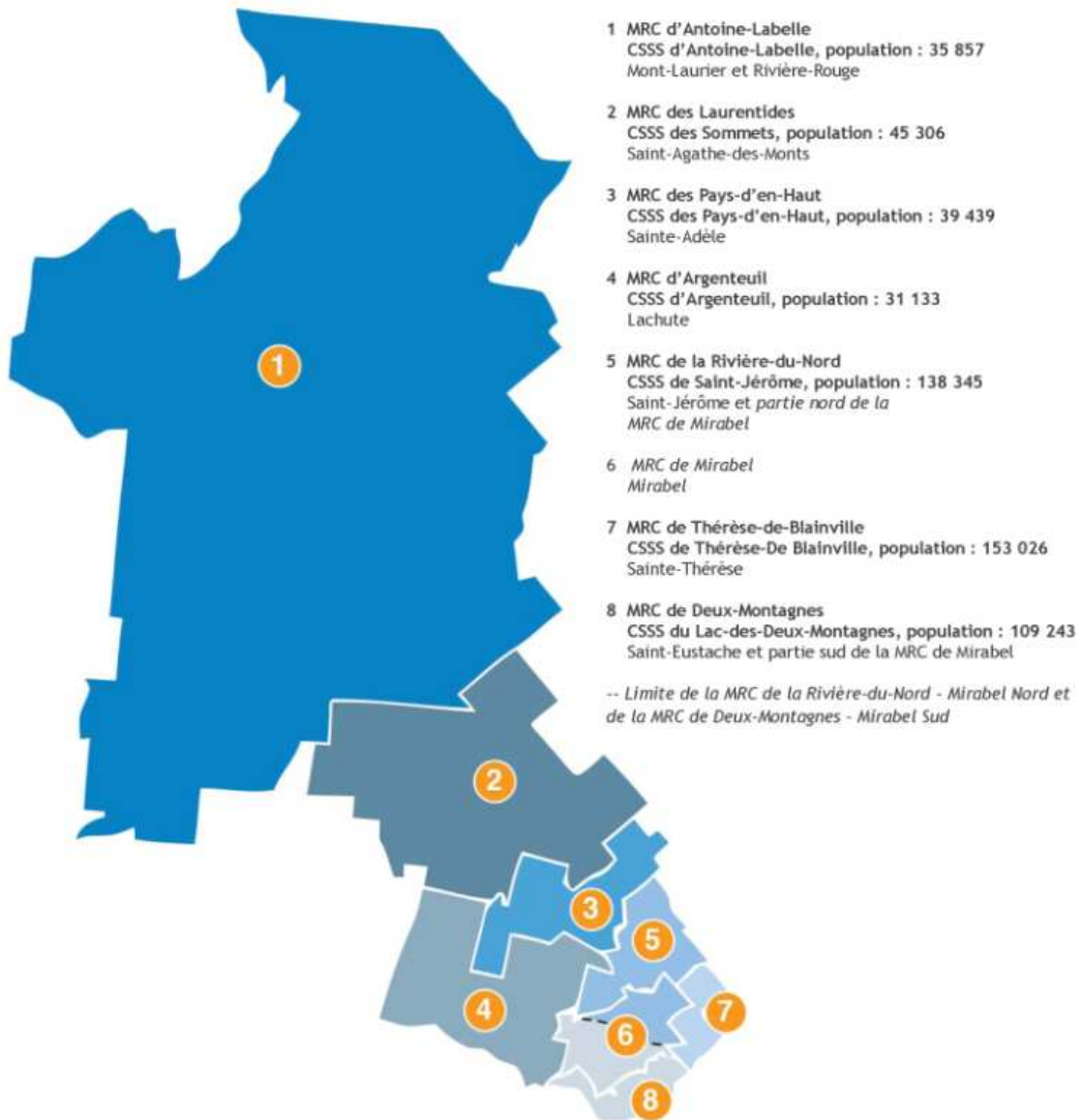
La région des Laurentides représente 7 % de la population du Québec et se situe au quatrième rang des dix-huit régions sociosanitaires pour la taille de sa population, après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale. On comptait plus de 552 349 habitants en 2010. Les perspectives démographiques produites récemment projettent qu'en 2020, la population de la région sera de l'ordre de 630 000 habitants, ce qui représente une croissance de 14 % alors qu'au Québec, elle ne sera que de 7 %.

De plus, on constate que dans les Laurentides, milieu souvent préconisé comme lieu de retraite, la population est vieillissante. Les projections démographiques indiquent que la population âgée de 65 ans ou plus va s'accroître plus rapidement (augmentation de 54 % d'ici 2020) que dans le reste de la province (augmentation de 40 % d'ici 2020).

Certains territoires de la région possèdent des attraits touristiques et de villégiature comportant une part importante de résidences secondaires. Par conséquent, ils accueillent de nombreux touristes selon les saisons. Les activités récréatives et sportives pratiquées dans les Laurentides augmentent sans aucun doute les risques de traumatismes. Certains territoires voient ainsi leur population augmenter de manière importante les fins de semaine et au cours des périodes estivales exerçant ainsi une pression importante sur les services de santé locaux.

Portrait de la région (voir page suivante).

Portrait de la région des Laurentides



Parmi les sept réseaux locaux de services, cinq ont un hôpital sur leur territoire soit : RLS Deux-Montagnes / Mirabel Sud : CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, RLS d'Argenteuil : CSSS d'Argenteuil, RLS de la Rivière-du-Nord / Mirabel Nord : CSSS de Saint-Jérôme, RLS des Laurentides : CSSS des Sommets, RLS d'Antoine-Labelle : CSSS d'Antoine-Labelle. Le RLS de Thérèse-De Blainville, le plus peuplé de la région, et le RLS des Pays-d'en-Haut sont desservis par d'autres CSSS de la région ou des régions voisines pour les services hospitaliers (Planification stratégique 2010-2015, p19).

Portrait du réseau de services des Laurentides

En plus des sept CSSS, le réseau régional des Laurentides est composé du Centre jeunesse des Laurentides, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Florès, du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie André Boudreau et du Centre d'hébergement la Résidence de Lachute.

Plus précisément, en matière d'offre de services en traumatologie, la région compte quatre centres hospitaliers faisant partie du réseau de traumatologie se situant dans les niveaux de services primaire et secondaire.

Niveau primaire : Centre hospitalier de Mont-Laurier / Hôpital Laurentien

Niveau secondaire : Hôtel-Dieu de St-Jérôme / Hôpital de St-Eustache

Le taux de fréquence des TCCL, selon les données épidémiologiques du Task Force, se situerait entre 100 et 300 par 100 000 habitants. Compte tenu du vécu des autres régions ayant déployé le PROS TCCL, le chiffre de 150 semble plus réaliste.

CSSS	Nombre d'habitants	Volumétrie quant à l'incidence 150/100 000 habitants	Volumétrie quant à l'incidence 300/100 000 habitants
Antoine-Labelle	35 857	54	108
Des Sommets	45 306	68	136
Pays-d'en-Haut	39 439	59	118
Argenteuil	31 133	47	93
St-Jérôme	138 345	208	415
Thérèse-de-Blainville	153 026	230	459
Lac-des-Deux-Montagnes	109 243	164	328
TOTAL		830	1657

OBJECTIFS RÉGIONAUX

Tout d'abord, rappelons que l'exercice de définition d'une trajectoire de services efficace et efficiente au niveau de l'utilisation de ses ressources a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins particuliers de la clientèle ayant subi un TCCL. Ceci étant dit, les objectifs régionaux se sont définis à partir des cinq zones d'amélioration identifiées au préalable par le MSSS. Les moyens pour atteindre les objectifs régionaux sont à l'intérieur du Plan d'implantation triennal présenté à la fin du document.

Efficacité du repérage

1. Sensibiliser les intervenants de la première ligne (à l'intérieur du réseau ou hors réseau de traumatologie) aux TCCL et à l'importance de documenter les signes et symptômes associés à la problématique afin d'en faire le repérage le plus efficace possible.
2. Mettre en place les outils nécessaires et les mécanismes internes de référence aux services requis dans le centre qui sera désigné pour la région

Détermination du diagnostic, évaluation et gestion du risque de complications médicales

1. S'assurer que les médecins de la région soient en mesure d'établir un diagnostic adéquat de TCCL.
2. Sensibiliser et outiller les médecins de la région à l'évaluation et la gestion du risque de complications médicales.
3. Systématiser le suivi du client selon l'évaluation médicale avec l'infirmière dédiée.
4. Effectuer les examens et interventions requis comme prévu dans l'algorithme décisionnel (voir Annexe I et Annexe II).
5. Lorsqu'une personne a été dirigée vers le centre tertiaire adulte ou pédiatrique, s'assurer que le retour dans la région se fera vers la ressource adaptée à son besoin (référence au PROS TCCL des Laurentides, service de 1^{ère} ligne, centre de réadaptation, privé, ...)

Détermination du pronostic d'évaluation et de gestion du risque de complications fonctionnelles précoces et persistantes

1. Identifier les moyens de mettre en place et de conserver, une ressource centralisée qui sera responsable de déterminer le pronostic de risque de complications fonctionnelles, de faire l'intervention précoce et de référer la clientèle pour laquelle les symptômes persistent.

2. Identifier et former les intervenants responsables de l'identification du risque de complications fonctionnelles précoces et persistantes (évaluation de la morbidité aiguë ou persistante).
3. Transmettre les outils et les grilles de travail aux intervenants.
4. Mettre en place les mécanismes de référence aux médecins pour la clientèle « orpheline ».
5. Mettre en place les mécanismes référence à l'intervention préventive.

Intervention préventive précoce

1. Identifier et former les intervenants responsables de l'intervention préventive précoce.
2. Identifier les interventions préventives qu'ils seront développé tel : la relance téléphonique, consultation médicale.
3. Faire connaître les critères d'admissibilité pour chacune des ressources pouvant intervenir lors d'un pronostic défavorable
4. Développer des liens avec les ressources du milieu dans chacun des territoires de CSSS

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

1. Identifier et /ou mettre en place les ressources requises pour les services particuliers telles : dépendance, santé mentale, réadaptation, etc.
2. Mettre en place les mécanismes de références en cas de pronostic défavorable :
3. Services psychosociaux
4. Services de santé mentale
5. Services de réadaptation en 1^{ere} et 2^e ligne.
6. UTRF
7. Autres ressources tels : gériatrie active, psychologue en privé, médecine du sport.

Mettre en place le plan d'implantation

Lors de l'organisation des services TCCL, il y a plusieurs autres éléments à considérer dont la formation, l'enseignement et le développement des compétences. Ces éléments sont inclus dans le plan d'implantation.

SITUATION ACTUELLE VS SITUATION SOUHAITÉE

Il existe une zone d'écart entre la situation actuellement vécue dans la région des Laurentides et l'organisation de services attendue par le MSSS. Basé à partir des cinq zones d'amélioration recommandées par ce dernier, le constat de la situation actuelle dans notre région est le suivant :

- Lacunes importantes dans la compréhension de la problématique (besoin de clarifier la définition d'un TCCL). Besoins de formation auprès des divers intervenants ;
- Absence de repérage efficace dans les CH augmentant le risque de développer des complications fonctionnelles;
- Difficultés dans la détermination du diagnostic TCCL;
- Difficultés à quantifier le volume se présentant dans les CH, absence de bases de données provinciales;
- Lacunes importantes sur le plan de la continuité et de l'accessibilité de l'offre de services attendue des TCCL. Problème systémique de continuité des services;
- Absence d'arrimage, voir mécanisme de liaison entre les services de première ligne (GMF-CLSC) et le suivi du programme de TCCL;
- Écart dans l'offre de services offert par les différents CSSS;
- Réponses difficiles et temps d'attente important quant à la demande de services de réadaptation de deuxième ligne.
- Absence d'implication de certains partenaires réseau pour les TCCL ex : santé mentale, gériatrie.

De façon optimale, il serait souhaitable que le suivi systématisé de la clientèle ayant subi un TCCL soit référé à l'équipe spécialisée centralisée. De cette façon, les personnes, en aval de la trajectoire attendue de la clientèle, c'est-à-dire les personnes référées en deuxième ligne auront été au préalable, bien ciblées.

Actuellement, on comprend que dans la majorité des cas, les personnes ayant subi un TCCL ne font pas l'objet d'un repérage efficace et donc, par le fait même, se retrouvent sans un suivi approprié à leur besoins. D'ailleurs le «manque de concertation entre les différents acteurs auprès des personnes victimes d'un TCCL occasionne parfois des délais néfastes entre chacune des étapes d'intervention nécessaires» (MSSS, 2005, p.28). Ces délais et ce manque d'arrimage entre les partenaires contribuent à la chronicisation de certaines personnes ayant subi un TCCL. Afin de pallier ces difficultés, la région des Laurentides a défini la trajectoire de la clientèle prévoyant les étapes proposées par les algorithmes adulte-pédiatrie. Elle est représentée dans la section qui suit. Cette trajectoire constitue une schématisation du parcours attendue des victimes d'un TCCL, mais elle ne clarifie pas les mécanismes de liaison entre les différentes étapes ainsi que les divers acteurs. Ces derniers seront définis à l'intérieur du plan

d'implantation 2012-2015. Quant à l'opérationnalisation, certains des arrimages devront faire l'objet de discussion et de planification locale.

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. 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 le 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 une complication médicale telle une migraine persistante ou de l'épilepsie post-traumatique ou troubles cognitifs secondaires, il est évalué par le médecin traitant et orienté au besoin vers une ressource spécialisée telle : neurologie, gériatrie active, neurochirurgie.*
- *Si le client présente des symptômes qui ne sont pas reliés au TCCL, il sera référé à la ressource la plus appropriée de son territoire tel : médecin de famille, Info-santé, médecin rattaché au PROS TCCL, etc.*
- *Si le patient présente des complications fonctionnelles, il est orienté vers le médecin rattaché au PROS TCCL ou vers le service le plus approprié.*

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 aux ressources régionales.

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 son congé du programme régional, cette personne communique avec la personne-ressource du programme régional, 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.

RECOMMANDATION DU COMITÉ DE TRAVAIL TCCL

Dans le but de régionaliser le processus, plusieurs outils sont recommandés par le comité de travail. Ces outils, en annexe, seront donc utilisés par l'ensemble des établissements participant à ce projet d'organisation des services.

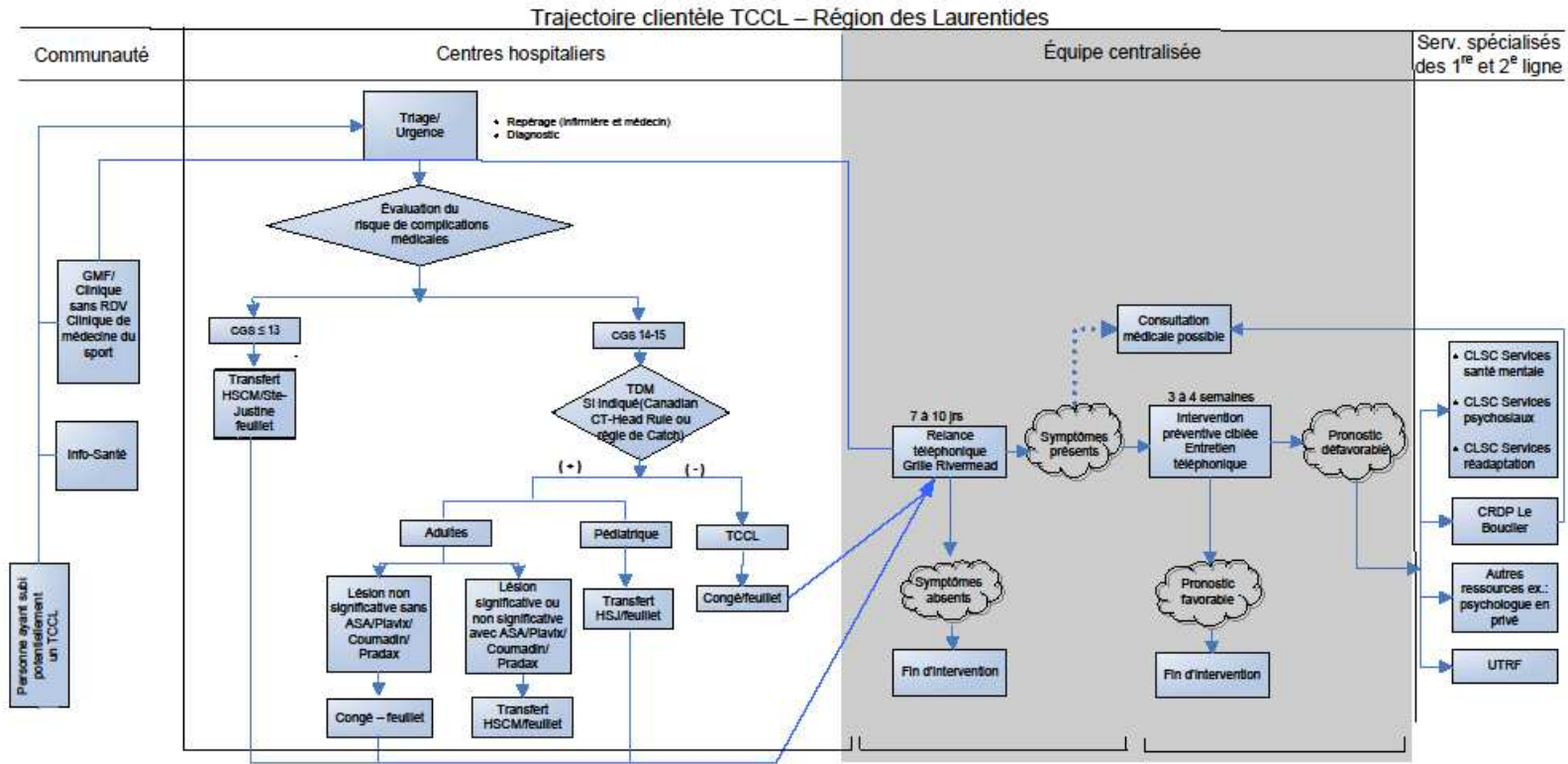
Nous recommandons aussi que l'équipe centralisée TCCL soit composée d'une infirmière clinicienne et d'un médecin-conseil. Cette équipe devra être située dans un CSSS avec centre hospitalier.

Nous recommandons aussi que les deux centres tertiaires (adulte et pédiatrique) jouent un rôle de formateur et un rôle de soutien pour l'équipe centralisée.

Puisque la région des Laurentides est un lieu de villégiature reconnu et que nous accueillons beaucoup de touristes, nous recommandons que lorsqu'une requête de service est faite pour l'équipe centralisée TCCL, une référence soit faite par la suite au PROS TCCL de leur région d'appartenance. Si la personne concernée a une résidence secondaire dans la région des Laurentides elle pourra choisir la région où elle recevra ses services.

Nous recommandons au CSSS avec CH d'inclure une formation TCCL aux infirmières de l'urgence.

TRAJECTOIRE DE SERVICES RETENUE



TDM : Tomodensitométrie
 CGS : Coma Glasgow Scale
 HSJ : Hôpital Ste-Justine
 HSCM : Hôpital Sacré-Coeur de Montréal

1. TDM + CGS 14-15: TCCL complexe avec lésion non-significative: conduite à discuter avec HSCM
 2. CGS 14: obs. 6 h (enfants)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES

Partenaires	Rôles	Responsabilités relatives au TCCL
CSSS	Offrir une gamme de soins généraux et spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage - Diagnostic - Évaluation du risque de complications médicales et application de la conduite - Orientation vers le programme régional TCCL - Assurer le suivi de la clientèle selon les besoins identifiés par le programme régional TCCL, incluant la gériatrie active et les UTRF - Répertoire et maintenir à jour une liste de dispensateurs de services pour la clientèle TCCL
GMF /UMF / clinique médicale	Soins médicaux de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage - Diagnostic - Évaluation du risque de complications médicales et application de la conduite - Orientation vers les services appropriés (programme TCCL)
Clinique médicale sportive	Assurer un suivi pour la clientèle sportive	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage - Diagnostic - Évaluation du risque de complications médicales et application de la conduite - Suivi pour le retour au jeu pour les sportifs - <i>Au besoin</i>, orientation vers les services appropriés (programme TCCL)
Centre hospitalier en neuro-traumatologie (HSCM-Ste-Justine)	Mandat suprarégionaux	<ul style="list-style-type: none"> - Offre de services surspécialisés (adulte-pédiatrie) - Planifier le retour dans la région suite à l'épisode de soins spécialisés - Soutien aux centres de traumatologie primaire et secondaire de la région des Laurentides - <i>Au besoin</i>, orientation vers les services appropriés

Partenaires	Rôles	Responsabilités relatives au TCCL
		(programme TCCL de notre région)
CRDP Le Bouclier	Offrir des services spécialisés de 2 ^e ligne	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge en réadaptation au programme TCCL pour la clientèle présentant des symptômes persistants. - Soutien et conseils au CSSS - Au besoin, orientation vers les services appropriés après l'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides	Instance régionale de supervision, de conseil et de reddition de compte	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination régionale des travaux relatifs au déploiement de l'organisation de services des TCCL - Reddition de compte - Coordination des cycles de formation
Équipe centralisée TCCL	<p>Repérage des personnes à risque de chronicisation</p> <p>Référence pour les personnes dont le TCCL est survenu depuis plus de 3 mois</p> <p>Rôle de formation au niveau des différents intervenants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation et gestion du risque de complications fonctionnelles (<i>Évaluation de la morbidité aiguë ou persistante-Relance téléphonique</i>) - Intervention préventive (<i>Intervention préventive ciblée – entrevue téléphonique dirigée</i>) -Orientation vers les services appropriés -Agira à titre de porte d'entrée tardive

Critères d'admissibilité au CRDP Le Bouclier

Puisque 5% des TCCL n'évoluent pas favorablement ou se détériorent au cours des 3 premiers mois, une référence en CRDP ou vers d'autres ressources spécialisées selon leur profil est nécessaire. Voici donc les critères d'admissibilité retenus pour le CRDP Le Bouclier :

1. Diagnostic TCCL confirmé médicalement avec une présence de symptômes persistants* (autour de 3 mois post-accident) ainsi qu'un pronostic défavorable et ce, malgré les interventions complétées en 1^{ère} ligne dans la phase d'intervention précoce
2. Idéalement établir le lien entre les troubles persistants et le TCCL est établi (portrait pré TCCL documenté)
3. Présenter une compromission du retour au travail / à l'école ou aux activités socio-occupationnelles pré-TCCL qui persiste malgré les interventions de 1^{ère} ligne (plan structuré de retour à l'école, en emploi, aux activités sportives...) visant un retour à ces activités.
4. Idéalement l'implication d'un médecin pour adresser les aspects médicaux et s'assurer de référence vers des spécialistes (ex : ORL pour troubles vestibulaires persistants, entorse cervicale, céphalée...)
5. Problématiques de toxicomanie, santé mentale stabilisées ou adressées et n'intervenant pas ou peu avec le processus de réadaptation
6. Ne pas présenter un profil caractérisé par la présence concomitante de plusieurs problèmes reliés au vieillissement.
7. La personne doit être volontaire, disponible et présenter un potentiel d'amélioration des habitudes de vie (potentiel d'apprentissage, d'acquisition de capacités, d'adaptation...)

***Symptômes du traumatisme craniocérébral léger pouvant persister plus de 3 mois et pour lesquels il faudra faire une intervention de deuxième ligne après essai en première ligne:**

Fatigue, troubles de la concentration/organisation, troubles de mémoires, ralentissement de la pensée, problèmes d'équilibre/vertiges, symptômes neurologiques liés aux sens (sensibilité à la lumière, bruit...), état de stress post-traumatique (ESPT) ou syndrome de stress post-traumatique. (SSPT)

PROCESSUS RÉGIONAL DE REDDITION DE COMPTE

Les membres du comité régional de traumatologie sont issus des organisations directement touchées par l'organisation de services des TCCL. Par conséquent, le suivi de l'évolution de l'implantation de cette nouvelle organisation se fera par le biais des quatre rencontres prévues annuellement.

En termes de reddition de compte, l'Agence assurera une coordination régionale dans les démarches.

Des indicateurs seront demandés annuellement au centre désigné pour faire la relance régionale soit :

- ❑ Le nombre de références et leur provenance (résidence et établissement de référence)
- ❑ Le nombre de transferts vers Ste-Justine
- ❑ Le nombre de transferts vers l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- ❑ Le nombre de congés lors de la relance téléphonique (7 à 10 jours)
 - Le nombre de besoins de consultations médicales et le nombre de congés sans suivi
- ❑ Le nombre de congés au terme des interventions préventives ciblées
 - Le nombre de besoins de consultations médicales et le nombre de congés sans suivi
- ❑ Le nombre de références lors de la relance téléphonique vers les CLSC
- ❑ Le nombre de références vers le CRDP Le Bouclier
- ❑ Le nombre de références vers les UTRF
- ❑ Le nombre de références vers d'autres ressources

STRATÉGIE D'IMPLANTATION 2012-2015

OBJECTIFS	MOYENS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
1. Que les formulaires de référence et le feuillet explicatif soient actualisés ainsi que les autres documents requis	Produire un formulaire régional de référence	Comité de travail TCCL	Décembre 2012
2. Que l'analyse de la charge de travail nécessaire à la mise en place de l'architecture de service soit faite et que le budget nécessaire soit disponible	Analyse des besoins pour le service de relance téléphonique et définir les critères de fin d'intervention préventive	Comité de travail TCCL	Novembre 2012
	Définir le rôle du médecin-conseil et de l'infirmière de liaison	Comité de travail TCCL	Décembre 2012
	Choix du CSSS avec CH qui accueillera l'infirmière de liaison centralisée TCCL (À Prendre position régionalement)	CGR	Janvier 2013
	Budget d'implantation à rendre disponible	CGR	Novembre 2012
3. Que le poste d'infirmière de liaison centralisée TCCL soit affiché	Définitions des rôles, responsabilités et tâches	ASSS Laurentides	Janvier 2013
4. Que l'infirmière de liaison centralisée soit formée pour devenir fonctionnelle	Formation avec HSCM	Le CSSS désigné	Mars 2013
	Formation avec Ste-		Mars 2013

OBJECTIFS	MOYENS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
	Justine Formation avec le CRDP Le Bouclier		Avril 2013
5. Que les ressources infirmières de l'urgence soient habilitées à effectuer le repérage et le dépistage de la clientèle	Formation aux infirmières responsables de ces activités	ASSS Laurentides Comité régional de traumatologie	Juin 2013
6. Que les ressources médicales de 1 ^{ère} ligne soient sensibilisées à la trajectoire de services concernant le TCCL et connaissent leurs responsabilités	Activité de formation et de présentation des outils par le biais d'un symposium pour : - CSSS - Cliniques et cabinets privés de médecine Ainsi que par le biais de la remise d'une trousse d'information	ASSS Laurentides Comité régional de traumatologie	Juin 2013
7. Développer un calendrier de formation et d'activité de sensibilisation	Élaboration d'un plan de formation	L'infirmière pivot centralisée	Automne-hiver 2013-2014
8. Que les ressources médicales appliquent l'algorithme décisionnel à la gestion des risques de complications médicales graves	Présentation des algorithmes décisionnels au personnel médical des établissements : - CSSS - Cliniques et cabinets privés de médecine	ASSS Laurentides Comité régional de traumatologie	Juin 2013
9. Que des démarches soient faites pour réaliser un arrimage avec le service	Analyse des documents utilisés par	ASSS Laurentides Comité de travail	Septembre 2013

OBJECTIFS	MOYENS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
Info-Santé 811	la centrale 811 Démarches auprès du CSSS responsable régionalement du service Info-Santé 811	TCCL	
10. Que les particularités associées au suivi des personnes de 65 ans et plus et/ou en perte d'autonomie soient documentées	Définition des besoins de la clientèle âgée de 65 ans et plus	Comité de travail TCCL en lien avec les infirmières de liaison centralisée TCCL	Mai 2014
11. Que les activités de prévention en milieu sportif se poursuivent	Tournée de formation/information aux différents milieux sportifs et scolaires	Comité de travail TCCL	En continu
12. Que le plan d'action annuel soit évalué	Réalisation d'un bilan annuel Envoi du bilan à l'INESSS	Comité régional de traumatologie et l'équipe centralisée.	Annuellement

BIBLIOGRAPHIE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOCIÉTÉ D'ASSURANCE
AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Orientations ministérielles pour le Traumatismes Craniocérébral léger
2005-2010*, Québec, 2005, 133 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, 2010-2015. *Plan
stratégique régional 2010 – 2015*, Saint-Jérôme, 2011, 47 p.

ANNEXE I – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DE L'INESSS (clientèle adulte)



1 POSER LE DIAGNOSTIC INITIAL

1. Histoire de l'accident

- Mécanismes de la blessure (accélération-décélération, impact sur le crâne, vélocité, 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 ≤ 13* :

Tous les patients doivent être transférés (sans attente de TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL.

2 ÉVALUER LE RISQUE DE COMPLICATION MÉDICALE À COURT TERME

FACTEURS DE DANGEROSITÉ

Si un seul de ces facteurs est présent, demander une TDM

Canadian CT Head Rule* (Stiell et coll., LANCET 2001)

RISQUE ÉLEVÉ (de nécessiter une intervention neurochirurgicale)

1. GCS < 15 (2 heures après le traumatisme)
2. Suspicion d'une fracture ouverte ou enfoncée du crâne
3. Signe de fracture de la base du crâne
4. ≥ 2 vomissements
5. ≥ 65 ans

RISQUE MODÉRÉ (de trouver une lésion cérébrale à la TDM)

6. Amnésie avant impact ≥ 30 minutes
7. Mécanisme lésionnel dangereux :
 - piéton heurté par un véhicule moteur
 - occupant éjecté d'un véhicule moteur
 - chute d'une hauteur > 1 mètre ou 5 marches

Recommandation du groupe conseil en traumatologie

Patient prenant des anticoagulants ou présentant une coagulopathie

Type de lésions objectivées à la TDM (Stiell et coll., LANCET 2001)

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

3 CONFIRMER LE DIAGNOSTIC ET CONDUITE MÉDICALE RECOMMANDÉE

SANS TDM		
Glasgow 15	Congé, conseils et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL	
AVEC TDM		
TDM NORMALE	Glasgow 15	Congé, conseils et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL
	Glasgow 14	Observation jusqu'à ce que le patient présente un Glasgow 15, répéter TDM au besoin et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL
	Glasgow 13*	Centre de neurotraumatologie: Consultation en neurochirurgie, possibilité d'admission et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL Autres centres hospitaliers: Le patient a déjà été transféré
TDM POSITIVE	Glasgow 14-15	Lésion significative Transfert ou admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL Lésion non significative Idem avec conduite pour TCCL avec TDM normale
	Glasgow 13*	Lésion significative Centre de neurotraumatologie: Admission, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL Autres centres hospitaliers: Le patient a déjà été transféré Lésion non significative Centre de neurotraumatologie: Idem avec conduite pour TCCL avec TDM normale Autres centres hospitaliers: Le patient a déjà été transféré

* Règle dérogatoire

Cette règle s'applique seulement aux établissements pour lesquels une évacuation médicale aérienne (EVAQ) est nécessaire.

En lien avec le fait démontré que plusieurs cas présentent un Glasgow ≤ 13 non associé à un mécanisme lésionnel dangereux, mais lié à une composante d'intoxication, la règle dérogatoire se lit comme suit :

1. Tous les neurotraumatisés avec un Glasgow ≤ 13 associé ou non à un mécanisme lésionnel dangereux et présentant une TDM positive devront être transférés en neurotraumatologie au centre tertiaire désigné.
2. Tous les neurotraumatisés avec un Glasgow ≤ 13 non associé à un mécanisme lésionnel dangereux et présentant une TDM normale devront être transférés en neurotraumatologie au centre tertiaire désigné si, après 24 heures d'observation, il n'y a pas d'amélioration de leur Glasgow.

* Critères d'exclusion: < 16 ans, pas de perte de conscience, amnésie ou désorientation, pas d'histoire de trauma (ex.: syncope, convulsion), fracture ouverte ou enfoncée évidente 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.

ANNEXE 2 – ALGORITHMES DÉCISIONNELS DE L'INESSS (clientèle pédiatrique)



1 POSER LE DIAGNOSTIC INITIAL

1. Histoire de l'accident

- Mécanismes de la blessure (accélération-décélération, impact sur le crâne, vélocité, 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 ≤ 13*:

Tous les patients doivent être transférés (sans attente de TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL.

2 ÉVALUER LE RISQUE DE COMPLICATION MÉDICALE À COURT TERME

Canadian Assessment of Tomography for Childhood head injury: the CATCH Rule[†] (Osmond et coll., CMAJ 2010)

TDM de la tête est requise seulement chez les enfants avec un diagnostic de traumatisme craniocérébral léger et présentant au moins un des signes et symptômes suivants.

RISQUE ÉLEVÉ

(de nécessiter une intervention neurochirurgicale)

1. Glasgow < 15 (2 heures après le traumatisme)
2. Suspicion de fracture ouverte ou enfoncée du crâne
3. Histoire d'aggravation des céphalées
4. Irritabilité à l'examen

RISQUE MODÉRÉ

(de trouver une lésion cérébrale à la TDM)

5. Tout signe clinique de fracture de la base du crâne
6. Hématome important au cuir chevelu
7. Mécanisme lésionnel dangereux (ex.: accident de véhicule moteur, chute d'une hauteur de 1 mètre ou 5 marches, chute en bicyclette sans casque)

3 CONFIRMER LE DIAGNOSTIC ET CONDUITE MÉDICALE RECOMMANDÉE

SANS TDM

Glasgow 15	Congé, conseils et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL
------------	--

AVEC TDM

		AVEC TDM	
TDM NORMALE	Glasgow 15	Congé, conseils et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL	
	Glasgow 14	Observation jusqu'à ce que le patient présente un Glasgow 15, répéter TDM au besoin et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL	
	Glasgow 13*	Centre de neurotraumatologie: Consultation en neurochirurgie, possibilité d'admission et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL Autres centres hospitaliers: Le patient a déjà été transféré	
TDM POSITIVE	Glasgow 14-15	Transfert ou admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL	
	Glasgow 13*	Centre de neurotraumatologie: Admission, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL Autres centres hospitaliers: Le patient a déjà été transféré	

* Règle dérogatoire

Cette règle s'applique seulement aux établissements pour lesquels une évacuation médicale aérienne (EVAQ) est nécessaire.

En lien avec le fait démontré que plusieurs cas présentent un Glasgow ≤ 13 non associé à un mécanisme lésionnel dangereux, mais lié à une composante d'intoxication, la règle dérogatoire se lit comme suit:

1. Tous les neurotraumatisés avec un Glasgow ≤ 13 associé ou non à un mécanisme lésionnel dangereux et présentant une TDM positive devront être transférés en neurotraumatologie au centre tertiaire désigné.
2. Tous les neurotraumatisés avec un Glasgow ≤ 13 non associé à un mécanisme lésionnel dangereux et présentant une TDM normale devront être transférés en neurotraumatologie au centre tertiaire désigné si, après 24 heures d'observation, il n'y a pas d'amélioration de leur Glasgow.

[†] Critères d'exclusion: > 16 ans, fracture ouverte ou enfoncée évidente du crâne, déficit neurologique focalisé, patient ayant un retard de développement chronique et généralisé connu, blessure consécutive à une maltraitance suspectée, consulté à l'urgence pour la seconde fois pour le même trauma ou patiente enceinte.

ANNEXE 3 – FEUILLET EXPLICATIF RÉGIONAL

Programme régional pour le traumatisme crâniocérébral léger des Laurentides

Renseignements, conseils pratiques et recommandations



Rédaction : Comité régional de traumatologie, inspiré du formulaire de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Définition du TCC léger

Le traumatisme crâniocérébral (TCC) léger, souvent appelé commotion cérébrale, peut survenir lorsque la tête est frappée ou secouée violemment (ex : accident de voiture, chute). Le TCC léger est une désorganisation habituellement temporaire du fonctionnement du cerveau pouvant se manifester aux niveaux physique, cognitif (intellectuel), comportemental et psychologique.

Le TCC léger se caractérise par au moins une des conditions suivantes :

- une brève perte de conscience
- aucun souvenir des événements entourant l'accident
- une période de somnolence, de désorientation ou de confusion suivant l'accident
- toute difficulté liée au fonctionnement du cerveau (voir liste ci-dessous)

Difficultés pouvant être reliées au TCC léger

Certaines personnes éprouvent plusieurs difficultés, d'autres quelques une et d'autres aucune. C'est souvent lorsque la personne reprend ses activités habituelles qu'elle éprouve des problèmes. Les difficultés que l'on rencontre le plus souvent sont :

- maux de tête
- nausées
- étourdissements, vertiges
- vision embrouillée
- sensibilité à la lumière et/ou au bruit
- somnolence, fatigue, trouble du sommeil
- baisse de l'audition, bourdonnements d'oreilles
- difficulté à penser clairement
- troubles de mémoire
- difficulté à se concentrer
- difficulté à trouver ses mots
- lenteur dans l'exécution des tâches
- irritabilité, impulsivité, agressivité
- manque d'initiative
- manque de jugement

Si vous éprouvez certains de ces problèmes, ils s'atténueront au cours des prochaines semaines. La disparition complète des symptômes peut prendre jusqu'à trois mois. Cependant, dans certains cas, la récupération peut être plus longue. N'hésitez pas à communiquer avec nous si après quatre semaines vos symptômes ne s'atténuent pas, ou s'accroissent et interfèrent avec vos activités habituelles.

Conseils pratiques

- reposez-vous et évitez l'activité excessive pour les prochains jours incluant les sports de contact ou les activités vous mettant à risque de chute
- ne consommez ni alcool ni drogue durant les jours suivant votre accident afin de ne pas masquer le développement de symptômes
- prenez des médicaments contre la douleur selon l'ordonnance médicale ou de l'acétaminophène (Tyléno)
- ne conduisez pas de véhicule motorisé durant les 48 heures suivant votre accident ou aussi longtemps que vos difficultés persistent
- reprenez graduellement vos activités quotidiennes selon votre tolérance

- explorez la possibilité d'un retour graduel au travail ou aux études selon le cas
- informez les membres de votre famille ou personnes significatives de votre situation afin qu'elles comprennent vos difficultés et puissent vous aider
- si vous avez de la difficulté à retenir l'information, prenez des notes, faites des listes, utilisez un agenda de poche afin de favoriser votre concentration, faites une chose à la fois et maintenez un environnement calme
- essayez de maintenir de bonnes habitudes de sommeil (heures régulières de coucher et de lever)
- Il est permis de dormir

Présentez-vous à la salle d'urgence si vous éprouvez un des symptômes suivants :

- somnolence qui augmente progressivement
- confusion
- difficulté à parler
- plus de trois vomissements durant les 24 premières heures suivant le retour à la maison
- difficulté à vous réveiller (informez vos proches de vous surveiller et de vous réveiller à trois reprises durant la première nuit suivant le retour à la maison)
- maux de tête continus et non soulagés par les médicaments contre la douleur (acétaminophène, codéine si prescrite)

N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions ou des inquiétudes

Programme régional pour le traumatisme crâniocérébral léger des Laurentides

Du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00

Numéro de téléphone : 1-800-XXX-XXXX

Laurentian Mild Traumatic Brain Injury Program

Information and recommendations



Written by: Laurentian Regional Traumatology Committee

Inspired by: the Montreal Sacré-Cœur Hospital Mild Traumatic Brain Injury pamphlet

Definition of mild TBI

Mild traumatic brain injury (TBI), often called concussion, can occur from hitting or bumping one's head (e.g. car accident, fall). Mild TBI is a physiological disruption of brain function that may manifest itself at the physical, cognitive (intellectual), behavioural and psychological levels.

Mild TBI is characterised by at least one of the following conditions :

- brief loss of consciousness
- no recollection of events surrounding the accident
- any period of drowsiness, disorientation or confusion following the accident
- any difficulty related to brain function (see list below)

Difficulties that may be related to mild TBI

Some people experience many difficulties, some only a few, and others none. It is often when the individual returns to his regular activities that he will experience problems. Difficulties most often encountered are the following :

- headaches
- nausea
- dizziness, vertigo
- blurred vision
- sensitivity to light and/or noise
- drowsiness, fatigue, sleep disturbances
- ringing in the ears, diminished hearing
- difficulty thinking clearly
- memory problems
- difficulty concentrating
- difficulty finding words when speaking
- slowness in task performance
- irritability, impulsivity, aggressiveness
- lack of initiative
- lack of judgement

If you experience some of these problems, they will decrease over the next few weeks. The symptoms may take up to three months to disappear completely. However, in some cases the recovery may be longer. **Do not hesitate to contact us if after four weeks your symptoms do not decrease, or increase and interfere with your daily activities.**

Recommendations

- rest and avoid excessive activity for the next days including contact sports or activities that put you at risk of falling
- do not take alcohol or drugs the next days following your accident to avoid masking the development of symptoms
- take medication to relieve your pain according to the medical prescription or acetaminophen (Tylenol) as needed
- do not drive a motor vehicle for at least 48 hours following your accident or for as long as your difficulties persist

- gradually resume your daily activities as tolerated
- explore the possibility of a gradual return to work or school accordingly
- inform family members or significant others of your situation so they can understand your difficulties and help you
- if you have difficulty retaining information, take notes, make lists, use a daily planner
- to optimise your concentration, do only one thing at a time and maintain a quiet environment
- try to maintain good sleeping habits (keep a regular sleep/wake schedule)
- sleeping is permitted

Come to the Emergency Room if you experience any of the following symptoms :

- progressive and increasing drowsiness
- confusion
- difficulty speaking
- vomiting more than three times during the first 24 hours following your return at home
- difficulty waking the person (inform family members or significant others to check up on you and wake you three times during the first night following your return at home)
- continuous headaches not relieved by

If you have questions or worries, please contact us:

Laurentian Mild Traumatic Brain Injury program
Monday to Friday 9 AM to 5 PM
Telephone **1-800- XXX-XXXX**

ANNEXE 4 – GRILLE DE REPÉRAGE POUR LES MÉDECINS

Grille de repérage - TCCL médecin

* Histoire et examen : voir note médicale

Critères Dx du TCCL (aux fins de statistiques) :

GCS entre 13 et 15 à l'urgence ou 30 minutes après l'accident	<input type="checkbox"/>
Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience \leq 30 minutes	<input type="checkbox"/>
Amnésie post-traumatique \leq 24 heures	<input type="checkbox"/>
Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>

Dx médical :

TCCL	<input type="checkbox"/>
Trauma crânien sans critères de TCCL	<input type="checkbox"/>

Patient référé au programme TCCL des Laurentides :	<input type="checkbox"/>
Feuillet d'information remis et expliqué	<input type="checkbox"/>

Signature du médecin : _____

J'autorise le CSSS _____ à référer mon dossier au programme de suivi TCCL des Laurentides. J'accepte d'être contacté par l'infirmière centralisée pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée au médecin référent.

Signature : Patient ou personne autorisée

Date

Commentaires : _____

ANNEXE 5 – FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Corridor de référence pour les TCCL avec GSC 13-14-15 et lésion cérébrale non significative

Pour la clientèle de 16 ans et plus

2° # de tél. : _____

Description de l'événement

Date : _____

Heure : _____

Orientation du patient :

- Observation ≤ 24 heures et congé
 Admission à l'étage

Description brève de l'événement (cinétique du trauma) :

CONSENTEMENT DU PATIENT (OBLIGATOIRE)

J'autorise l'Hôpital _____ à référer mon dossier à l'Hôpital du _____ pour un **suivi clinique**. J'accepte d'être contacté par l'Hôpital _____ pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée au médecin référant.

Signature : Patient ou personne autorisée

Date

_____/ 15 Échelle de Coma de Glasgow ambulancier N/D

_____/ 15 Échelle de Coma de Glasgow à l'urgence

- Perte de conscience oui non témoin oui non durée _____
- Amnésie rétrograde ou antérograde oui non durée _____
- Autres blessures oui non _____

Consommation :

Sorte

Quantité

Alcool oui non _____

Médicaments oui non _____

Drogue oui non _____

Tomodensitométrie cérébrale :

Fait en date du _____

Résultats _____

Signature du médecin _____

FAXEZ LE FORMULAIRE ET LA DOCUMENTATION CLINIQUE

AU PROGRAMME RÉGIONAL _____ au _____.

ANNEXE 6 – FORMULAIRE POUR TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR

Documentation clinique à transmettre par télécopieur à la demande de référence

- Formulaire de transport pré-hospitalier
- Formulaire de prise en charge du polytraumatisé (AH-450)
- Notes d'évolution médicales
- Consultation s'il y a lieu
- Feuille de triage, notes infirmières.

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR
DIRECTION DES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

Destinataire	
Nom : Programme régional pour les services TCCL des Laurentides	
Installation : _____	Télécopieur : 450 XXX-XXXX

Expéditeur :	
Nom :	
Téléphone :	Télécopieur:
Nombre de pages (incluant la page couverture) :	
Date :	

Message	
Bonjour !	
Nous vous acheminons le dossier de M./Mme	
afin de l'inscrire dans votre programme TCCL.	
S.V.P. Nous confirmer la réception des documents en nous acheminant par télécopieur	
ce formulaire de transmission.	J'accuse réception des documents
(cocher une case à droite)	Dossier incomplet, nous communiquerons avec l'assistante.

Avis de confidentialité:

Cet envoi est confidentiel, protégé par le secret professionnel et à l'usage exclusif du destinataire ci-dessus. Toute autre personne est, par la présente, avisée qu'il lui est strictement interdit de le diffuser, le distribuer ou le reproduire. Si le destinataire ne peut être joint ou vous est inconnu, veuillez nous en informer immédiatement. Merci

Liste de documentation à transmettre voir au verso.

Consigner cette copie au dossier du client.

ANNEXE 7 – GRILLE DE SUIVI RIVERMEAD

**GRILLE DE RIVERMEAD
ADAPTATION FRANÇAISE
RIVERMEAD REHABILITATION CENTER, COPYRIGHT RRC JUNE 29TH 1993**

Nom : _____ Date de l'accident : _____

Date : _____

À la suite d'un traumatisme crânien ou d'un accident, certaines personnes éprouvent des difficultés qui peuvent provoquer des inquiétudes ou des inconvénients. Nous désirons savoir si vous souffrez de certains symptômes comme ceux énumérés ci-dessous. Il est possible que certains de ces symptômes aient été présents avant l'accident; comparez donc votre état actuel à votre situation antérieure.

Veillez ENCERCLER, pour chacun des problèmes, le chiffre qui décrit le mieux son intensité.

0 = jamais éprouvé	2 = est un problème léger
1 = était un problème avant l'accident, il est demeuré inchangé	3 = est un problème modéré
	4 = est un problème sévère

En comparaison d'avant l'accident, souffrez-vous maintenant (dans les dernières 24 heures) de :

Maux de tête	0	1	2	3	4
Étourdissements	0	1	2	3	4
Nausées et/ou vomissements	0	1	2	3	4
Sensibilité exagérée aux bruits	0	1	2	3	4
Problème de sommeil	0	1	2	3	4
Fatigue	0	1	2	3	4
Irritabilité, se fâche facilement	0	1	2	3	4
Sentiments de dépression ou d'être au bord des larmes	0	1	2	3	4
Sentiments de frustration ou d'impatience	0	1	2	3	4
Pertes de mémoire ou oublis	0	1	2	3	4
Baisse de la concentration	0	1	2	3	4
Ralentissement de la pensée	0	1	2	3	4
Vision embrouillée	0	1	2	3	4
Sensibilité exagérée à la lumière	0	1	2	3	4
Vision double	0	1	2	3	4
Agitation	0	1	2	3	4
Éprouvez-vous d'autres difficultés? Lesquelles, évaluez-les comme ci-dessus					
1. _____	0	1	2	3	4
2. _____	0	1	2	3	4

Total _____

Moyenne _____

ANNEXE 8 – RECOMMANDATION DU COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE

Extrait du compte rendu de la rencontre du Comité régional de traumatologie tenue le 3 octobre 2012, de 9 h à 12 h en visio conférence, à la salle prévue à cet effet à Saint-Jérôme au 1000, rue Labelle à Saint-Jérôme. Cette rencontre était sous la présidence de monsieur Marco Blanchet.

RECOMMANDATION DE L'ENDROIT DÉSIGNÉ POUR ACCUEILLIR L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE EN TRAUMATISMES CRANIOCÉRÉBRAUX LÉGERS

À la rencontre du 3 octobre 2012, les membres du Comité régional de traumatologie ont recommandé que l'infirmière clinicienne soit située au CSSS de Saint-Jérôme, favorisant ainsi la proximité des services spécialisés.

Cette proposition a été adoptée à l'unanimité



Marco Blanchet, Coordonnateur
Direction régionale de la santé physique
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Le 9 octobre 2012