
**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

Février 2006

Québec 

Document préparé et rédigé par Nathalie Trudelle en collaboration avec les directeurs, gestionnaires et équipes traitantes reliés aux soins et services à la clientèle pédiatrique présentant un traumatisme craniocérébral.

Ce document n'aurait pu être réalisé sans la collaboration exceptionnelle de :

- Mme Suzie Auclair
- Mme Nicole Léonard
- Mme Geneviève Dufresne
- Mme Irène Roy
- Mme Marie-Andrée Picard
- M. Jean-Pierre Bluteau
- Mme Gisèle Desjardins

Production : Direction des réseaux des territoires de l'Ouest

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

ISBN 2-89510-274-0

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Ce document est disponible :

- au Centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604
- sur le site Internet de l'Agence « www.santemontreal.qc » à la section « Documentation »

Le 18 janvier 2006

Madame Anne-Claire Marcotte
Présidente du groupe conseil en traumatologie
Volet réadaptation/soutien à l'intégration
Ministère de la Santé et des Services sociaux
20, boul. Crémazie Est, 3^e étage
Montréal (Québec) H2M 2L2

Objet : Visite d'évaluation du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère

Madame la Présidente,

Dans le cadre de la visite d'évaluation du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère, nous vous transmettons les documents présentant les protocoles d'entente conclus entre les établissements et les agences désignés.

Les travaux ont débuté en septembre 2004 à la suite d'une demande de report par les agences des sept régions représentées.

Les représentants des établissements, des agences de santé et les associations des usagers représentées par l'AQTC ont travaillé conjointement pour développer des corridors de service assurant une accessibilité, une continuité et une fluidité des services envers les enfants et adolescents TCC.

L'ensemble des partenaires ont également convenu des moyens à privilégier pour parfaire l'offre de services par un plan d'action priorisant les principaux obstacles et objectifs organisationnels identifiés.

Le document intègre le contexte et la démarche d'élaboration du Consortium. Il dresse un portrait de la situation actuelle, en présentant les mandats des établissements, la liste des ententes interétablissements existantes, les volumes d'usagers et un portrait de l'étiologie, de la région de résidence, de la provenance de la clientèle et de l'orientation au congé des usagers desservis.

Par la suite, le protocole d'entente du tronc commun présente les éléments majeurs envers lesquels les établissements se sont entendus et s'engagent à respecter.

Finalement, les protocoles régionaux de chacune des sept régions, en lien avec le volet interrégional, illustrent les corridors spécifiques.

Mme Anne-Claire Marcotte

2

Le 18 janvier 2006

Les participants ont mis leurs efforts en commun dans la perspective de mieux répondre aux besoins spécifiques de l'enfant et de l'adolescent. Cette clientèle nécessite des soins et services en lien avec son niveau d'âge et son stade de développement. Une préoccupation commune s'est dégagée pour mieux cibler les besoins de cette clientèle, l'objectif central étant d'optimiser la récupération, le retour dans le milieu familial et le plein épanouissement de ses habiletés sociales.

La visite d'évaluation par le groupe conseil du MSSS est une étape importante pour les membres du Consortium. Elle permet de prendre du recul pour évaluer le travail accompli et de mieux cibler les moyens pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux usagers.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et du soutien que vous nous avez offert tout au long du processus.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le président-directeur général,

Original signé par

David Levine

DL/NT/nle

p. j.

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Formé par :

- l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- le Centre de réadaptation La Maison
- le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- le Centre de réadaptation InterVal
- le Centre montréalais de réadaptation

- l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
- l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
- l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
- l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval
- l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- l'Agence de la de santé et des services sociaux de Montréal

En collaboration avec :

- les associations de traumatisés craniocérébraux des sept régions représentées par l'Association québécoise des traumatisés crâniens.

Février 2006

Table des matières globale

Légende	5
Participants	6
Éléments relatifs à la phase d'élaboration.....	8
Protocole d'entente du tronc commun.....	58
– Protocole d'entente de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.....	108
– Protocole d'entente de la région de Lanaudière.....	132
– Protocole d'entente de la région des Laurentides	155
– Protocole d'entente de la région de Laval	179
– Protocole d'entente de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	204
– Protocole d'entente de la région de la Montérégie.....	230

Légende

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront régulièrement utilisés dans le document :

AQTC	Association québécoise des traumatisés crâniens
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CR	Centre de réadaptation
CRME	Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
DOS	Directeur de l'organisation des services
HME	Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
HSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
TCC	Traumatisme craniocérébral
Usager	Enfant - Adolescent (client) et sa famille

Participants

Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère. Nous tenons à souligner leur engagement et leur disponibilité tout au long du processus.

Comité stratégique

▪ Mme Paula Rozanski	Directrice associée des services hospitaliers	HME-CUSM
▪ Mme Diane Seperich	Directrice des services hospitaliers (départ en 2005)	HME-CUSM
▪ Mme Debbie Friedman	Directrice administrative de traumatologie	HME-CUSM
▪ Mme Pauline Turpin	Directrice générale adjointe	CHU-SJ
▪ Mme Monique Blondin	Gestionnaire de programme trauma	CHU-SJ
▪ Mme Suzanne Gagnon	Adjointe au directeur	CRME
▪ Mme Julie Vaillancourt	Gestionnaire des programmes clientèles	CRME
▪ M. Raymond Fortin	Coordonnateur	Agence de Montréal
▪ M. François Blais	Directeur général	CMR
▪ Mme Lyne Girard	Directrice des services professionnels et de réadaptation	CMR
▪ Mme Sylvie Lafrance	Coordonnatrice	Agence de la Montérégie
▪ M. Robert Johnson	Coordonnateur	Agence de la Montérégie
▪ M. Michel Dumaine	Directeur général par intérim	CRDP Le Bouclier
▪ M. Alain Giroux	Directeur des services professionnels et des programmes de réadaptation	CRDP Le Bouclier
▪ Mme Ginette Leblanc	Directrice de l'organisation des services	Agence des Laurentides
▪ Mme Marcelle Chartrand	Directrice adjointe des opérations réseau	Agence de Lanaudière
▪ Mme Line St-Amour	Directrice générale	CR La Maison
▪ M. Serge Côté	Directeur des services de réadaptation	CR La Maison
▪ M. Noël Neveu	Directeur général adjoint	Agence de l'Abitibi-Témiscamingue
▪ M. Serge Lemieux	Directeur général	CR InterVal
▪ M. Guy Laliberté	Directeur des services professionnels et de réadaptation	CR InterVal
▪ M. Michel Gervais	Directeur des services de santé et des affaires médicales	Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec
▪ Mme Éliane Lafleur	Coordonnatrice	Agence de Laval
▪ M. Pierre Mitchell	Directeur général	AQTC

Comité directeur

▪ Mme Debbie Friedman	Directrice administrative de traumatologie	HME-CUSM
▪ Mme Monique Blondin	Gestionnaire de programme trauma	CHU-SJ
▪ Mme Julie Vaillancourt	Gestionnaire des programmes clientèles	CRME
▪ Mme Lyne Girard	Directrice des services professionnels et de réadaptation	CMR
▪ M. Alain Giroux	Directeur des services professionnels et des programmes de réadaptation	CRDP Le Bouclier
▪ M. Serge Côté	Directeur des services de réadaptation	CRLM
▪ M. Guy Laliberté	Directeur des services professionnels et de réadaptation	CR InterVal
▪ M. Luc Tremblay	Agent de planification et de programmation	Agence de la Montérégie
▪ Mme Marie-France Joly	Agente de planification et de programmation	Agence des Laurentides
▪ Mme Lysane Ouimet	Agente de planification et de programmation	Agence de Lanaudière
▪ Mme Nicole Belley-Lévesque	Agente de planification et de programmation (départ en 2005)	Agence de l'Abitibi-Témiscamingue
▪ Mme Sylvie Routhier	Coordonnatrice de l'intégration et de l'adaptation sociale	Agence de l'Abitibi-Témiscamingue
▪ M. Denis Brunette	Agent de planification et de programmation	Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec
▪ M. Jean Poiré	Agent de planification et de programmation	Agence de Laval
▪ Mme Nathalie Trudelle	Conseillère aux établissements	Agence de Montréal
▪ M. Pierre Mitchell	Directeur général	AQTC

Comité de coordination

▪ Mme Anne Coutrouzas	Coordonnatrice clinique	CHU-SJ
▪ Mme Marie-Claude Leboeuf	Coordonnatrice clinique (départ en 2005)	CHU-SJ
▪ Mme Diane Richard	Coordonnatrice clinique	HME-CUSM
▪ Mme Helen Kocilowicz	Coordonnatrice clinique	HME-CUSM
▪ Mme Bonita Laau	Chef de programme	CRME
▪ Mme Lucie Pilon	Coordonnatrice clinique	CRME
▪ M. Philippe-Luc Rodrigue	Chef de programme	CMR
▪ Mme Louise Harvey	Chef d'équipe clinique	CMR
▪ Mme Sylvie Pelletier	Chef de programme	CRDP Le Bouclier (15)
▪ Mme Chantal Thibodeau	Coordonnatrice clinique	CRDP Le Bouclier (15)
▪ Mme Jocelyne Pelletier	Coordonnatrice clinique	CRDP Le bouclier (15)
▪ M. Stéphane Mercier	Chef de programme	CRDP Le Bouclier (14)
▪ Mme Ariane Godbout	Coordonnatrice clinique (départ en 2005)	CRDP Le Bouclier (14)
▪ Mme Marie-Claude Chabot	Coordonnatrice clinique	CRDP Le Bouclier (14)
▪ M. Daniel Cyr	Adjoint à la direction des services de réadaptation	CR La Maison
▪ Mme Cindy Buteau	Responsable clinique	CR La Maison
▪ M. François Pothier	Chef de programme	CR InterVal
▪ Mme Line Plante	Coordonnatrice clinique	CR InterVal
▪ Mme Myriam Al-Kalaï	Intervenante	AQTC
▪ Mme Nathalie Trudelle	Conseillère aux établissements	Agence de Montréal

Table des matières des éléments relatifs à la phase d'élaboration

Contexte et démarche	9
Matrice	11
Lettres d'engagement	13
Structure organisationnelle d'élaboration	25
Mandat des établissements	28
Ententes interétablissements.....	30
Cheminement actuel de la clientèle.....	32
Clientèle desservie	33
Statistiques	36
Tableaux et graphiques	37

Contexte et démarche

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose, en 1998-1999, une organisation de soins basée sur la notion de continuum créant des réseaux intégrés de soins et services pour la clientèle en neurotraumatologie. Ce concept assure la continuité et la fluidité entre les phases aiguë et de réadaptation, ainsi qu'une organisation intégrée et articulée entre les services de base, les services spécialisés et surspécialisés. Les équipes des différents établissements s'investissent alors pour assurer une prise en charge de plus en plus large et spécialisée de l'enfant ou de l'adolescent victime d'un traumatisme cranio-cérébral, de même que de sa famille.

La formation des continuums repose sur la désignation d'établissements offrant les services et le niveau d'expertise requis pour répondre aux besoins spécifiques des usagers TCC. L'ensemble des évaluations confirmant la désignation des établissements a été complété en 2000 pour la clientèle adulte, et en 2001, pour la clientèle pédiatrique. Les désignations ont été accordées par le MSSS en fonction des trois ensembles du continuum, soit :

- les services de santé physique
(incluant les soins aigus et de réadaptation précoce)
- les services de réadaptation
(incluant tous les services spécialisés et surspécialisés visant le développement des capacités et l'acquisition de compétences, y compris celles axées sur l'intégration sociale)
- les services de soutien à l'intégration
(couvrant les services de maintien à long terme de la participation sociale : adaptation scolaire, transport adapté, soutien psychosocial, ressources résidentielles appropriées, services socioprofessionnels, services de garde et de soutien en milieu scolaire, activités de jour, services de maintien à domicile, places de répit et de dépannage)

Cette démarche complétée, le MSSS invitait les agences et les établissements désignés à formaliser l'articulation requise entre les divers partenaires impliqués dans le continuum de services établis en constituant des consortiums.

Ces consortiums concrétisent la consolidation du continuum et établit le partenariat et les ententes entre les établissements désignés des continuums de soins et services. Il met en place un contexte structurel qui, par l'engagement ferme et officiel des partenaires, garantit et renforce la continuité de soins et services dans une optique constante d'amélioration de la qualité. Les établissements désignés, appuyés par une lettre d'engagement de leur conseil d'administration, poursuivent alors le processus visant à préciser plus étroitement les articulations avec leurs partenaires sous la responsabilité des agences régionales de chacune des régions visées.

Le présent Consortium, en complémentarité avec les consortiums de l'Ouest et de l'Est du Québec pour la clientèle TCC adulte et pédiatrique, présente l'articulation étroite entre les établissements et les associations impliqués dans sept régions administratives pour la clientèle TCC modérée et sévère pédiatrique. Ce consortium entend disposer de tous les moyens nécessaires pour prendre en charge cette clientèle et lui offrir toute la gamme de soins et services de qualité que requiert sa condition.

Les agences, les gestionnaires et les équipes cliniques de sept établissements assureront le leadership en cette matière.

Les corridors de services identifiés sont les suivants :

Abitibi-Témiscamingue – Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre de réadaptation La Maison

Lanaudière – Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier

Laurentides – Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier

Laval – Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine

Mauricie et Centre-du-Québec - Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre de réadaptation InterVal

Montérégie - Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre montérégien de réadaptation

Montréal

- Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine

Les associations des traumatisés crâniens de chacune des régions, malgré qu'elles ne soient pas signataire de l'entente, ont été représentées tout au long des travaux par l'Association québécoise des traumatisés crâniens et seront intégrées au présent protocole afin de traduire l'importance accordée à ces organismes par les membres du Consortium dans le suivi long terme des usagers et de leurs proches. *Le Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou sévère* fait office d'entente pour les volets régionaux et interrégional entre les partenaires cités ci-haut.

La population totale de ces régions atteint plus de 5 millions de personnes. Pour la clientèle 0 –14 ans, elle représente 869 997 et pour la tranche 15 – 24 ans, 887 218 personnes.¹ Pour l'année financière 2003-2004, 362 usagers ont été desservis par les établissements du Consortium, ce qui représente 2 % de la population de moins de 24 ans des régions visées.

¹ Institut de la statistique, Québec, 2005

Matrice

Tous les éléments de la matrice sont jugés essentiels à l'élaboration du dossier du Consortium et des ententes interétablissements.

1. Lettres d'engagement des conseils d'administration des organisations concernées dans une perspective consortium	<p>Les sept établissements composant le Consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour la clientèle pédiatrique ont présenté une résolution de leur conseil d'administration s'engageant envers les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ une démarche de partenariat;▪ une vision commune des besoins et des services à offrir;▪ des structures de concertation formelles afin d'implanter et d'assurer le suivi du ou des consortiums;▪ un mécanisme de monitoring permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés;▪ un partage des connaissances et de l'expertise.
2. Clientèle desservie par le Consortium	<p>Les volumes de clientèle desservis par les établissements sont présentés en page 37 et suivantes, sous forme de tableaux et graphiques pour les années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004, par niveau de gravité et les groupes d'âges. Viennent ensuite un portrait de l'étiologie du traumatisme, de la provenance de la clientèle et de la région de résidence.</p>
3. Illustration des corridors de services	<p>Le cheminement retenu par les partenaires du Consortium pour la clientèle de l'Ouest du Québec, en lien avec les corridors de services, est illustré en page 63 du document.</p>
4. Partage de l'offre de services selon la gravité de l'atteinte, les étapes du processus d'intégration sociale et les groupes d'âge.	<p>Les membres du Consortium interrégional ont convenu du partage de l'offre de services selon les étapes du processus de réadaptation. Ce partage respecte le mandat de désignation de chaque établissement. Le tableau de la page 74 illustre le partage global de l'offre de services.</p> <p>L'offre de services complète est détaillée par la suite dans chacun des protocoles d'entente régionaux et démontre l'accord des membres du consortium sur les étapes du cheminement de l'enfant ou l'adolescent ayant subi un TCC modéré ou sévère, de la santé physique à la réadaptation et soutien à l'intégration.</p>

<p>5. Mécanismes de continuité et de collaboration</p>	<p>Les membres du Consortium se sont entendus sur les mécanismes de continuité et de collaboration entre leurs différents programmes, assurant un cheminement optimal pour la clientèle enfant et adolescent. Les éléments suivants sont présentés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ critères harmonisés d'admission ou d'inscription et de congé; ▪ mécanismes de liaison entre les programmes des établissements membres du Consortium; ▪ mécanismes de communication de l'information; ▪ mécanismes assurant des corridors de services bidirectionnels; ▪ mécanismes de partage de connaissances, volet formation <p>Ces éléments sont présentés aux pages 64 à 85.</p>
<p>6. Identification des obstacles liés à l'offre et à l'organisation des services</p>	<p>Chacun des six objectifs organisationnels répond à une problématique liée à l'offre et à l'organisation des services au sein du Consortium. C'est dans une optique d'amélioration continue qu'ils sont présentés dans le plan d'action aux pages 87 à 94.</p>
<p>7. Objectifs organisationnels</p>	<p>Les objectifs organisationnels sont présentés en ordre de priorité en fonction des besoins de la clientèle à la page 87. Les objectifs portent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'accessibilité aux services; ▪ les mécanismes de liaison et de communication; ▪ la connaissance de la clientèle pédiatrique; ▪ le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du consortium; ▪ le suivi à long terme; ▪ les problématiques particulières.
<p>8. Démarche d'évaluation concertée</p>	<p>Le Consortium prévoit la mise sur pied d'un comité d'évaluation concertée et une structure de suivi des activités tel que présenté dans le plan d'action.</p>
<p>9. Plan d'action</p>	<p>Le Consortium dépose un plan d'action identifiant les échéanciers et les responsabilités des établissements et des différents partenaires dans la réalisation des objectifs ciblés. Le plan d'action est détaillé aux pages 88 à 94.</p>

Lettres d'engagement

**Consortium interrégional de soins et services
de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

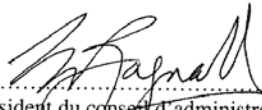
Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, en décembre 2005.

Les établissements signataires sont :

- **CHU Mère-Enfant Sainte Justine**
- **L'hôpital de Montréal pour enfants du CUSM**
- **CHU Mère-Enfant – Centre de réadaptation Marie-Enfant**
- **Centre de réadaptation Interval**
- **Centre de réadaptation Le Bouclier**
- **Centre de réadaptation La Maison**
- **Centre montréalais de réadaptation**

En foi de quoi ont signé :

Pour (Copier / Coller le nom de votre établissement ici)


.....
Président du conseil d'administration
L'Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill
Date *14 décembre 2004*.....

**Consortium interrégional de soins et services
de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

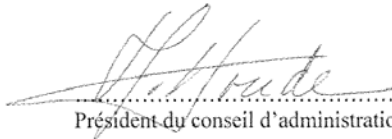
Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, en décembre 2005.

Les établissements signataires sont :

- CHU Sainte Justine
- Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM
- Centre de réadaptation Marie Enfant
- Centre de réadaptation Interval
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre montréalais de réadaptation

En foi de quoi ont signé :

Pour le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE,


.....
Président du conseil d'administration

Date05-02-08.....



EXTRAIT

PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE ORDINAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE RÉADAPTATION LA MAISON TENUE LE 18 JANVIER 2005 DANS LES LOCAUX DU 100 CHEMIN DOCTEUR-LEMAY À ROUYN-NORANDA.

Le quorum a été constaté.

RÉSOLUTION

Consortium TCC enfants, lettre d'engagement

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme crânio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- ❖ Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- ❖ Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- ❖ Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- ❖ Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- ❖ Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- ❖ Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- ❖ Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- ❖ Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

Centre de réadaptation affilié à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

❖ jeunes en difficulté d'adaptation

❖ autisme

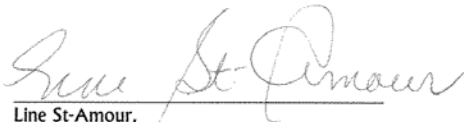
❖ déficience physique

100, CHEMIN DOCTEUR-LEMAY, C.P. 1055 ROUYN-NORANDA (QUÉBEC) J9X 5C5 TÉL.: (819) 762-6592 TÉLÉCOPIEUR.: (819) 762-2049 / (819) 797-9313

Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en décembre 2005.
Adopté.

Copie certifiée conforme

Faite et signée à Rouyn-Noranda ce vingt-huitième jour de janvier deux mille cinq.

A handwritten signature in cursive script, reading "Line St-Amour". The signature is written in dark ink and is positioned above a horizontal line.

Line St-Amour,
secrétaire

LT/

**Consortium interrégional de soins et services
de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

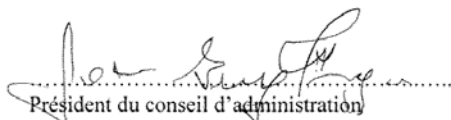
Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, en décembre 2005.

Les établissements signataires sont :

- **CHU Sainte Justine**
- **Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM**
- **Centre de réadaptation Marie Enfant**
- **Centre de réadaptation Interval**
- **Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier**
- **Centre de réadaptation La Maison**
- **Centre montréalais de réadaptation**

En foi de quoi ont signé :

Pour le CRDP Le Bouclier


.....
Président du conseil d'administration
Jean Guy Frigon

Date : 1^{er} février 2005

**Consortium interrégional de soins et services
de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, en décembre 2005.



Les établissements signataires sont :

- CHU Sainte Justine
- Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM
- Centre de réadaptation Marie Enfant
- Centre de réadaptation Interval
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre montréalais de réadaptation

En foi de quoi ont signé :

Centre de réadaptation InterVal

.....
Président du conseil d'administration

Date 2005-03-08

**CONSORTIUM INTERRÉGIONAL DE SERVICES
POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS AYANT SUBI
UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL MODÉRÉ OU GRAVE**

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Outre l'engagement lors de leur désignation comme établissement offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme crânio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium interrégional de services, les établissements partenaires de ce consortium s'engagent à :

- Développer une vision commune des besoins des usagers et des services requis;
- Se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers, en fonction de leur désignation respective;
- Convenir des objectifs cliniques et organisationnels prioritaires afin d'assurer la continuité des services aux usagers;
- Mettre en place les mesures requises pour assurer la coordination et la continuité des services incluant l'établissement de corridors de services encadrés par des ententes formelles;
- Se rendre imputables de la continuité dans l'offre de services;
- Travailler en étroite collaboration avec les milieux associatifs et scolaires;
- Se doter collectivement d'un mécanisme permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le consortium;
- Partager les connaissances et l'expertise développées par chacun.

Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en novembre 2005. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, en décembre 2005.

Les établissements signataires sont :

- CHU Mère-Enfant Sainte Justine
- L'hôpital de Montréal pour enfants du CUSM
- CHU Mère-Enfant – Centre de réadaptation Marie-Enfant
- Centre de réadaptation Interval
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre montréalais de réadaptation

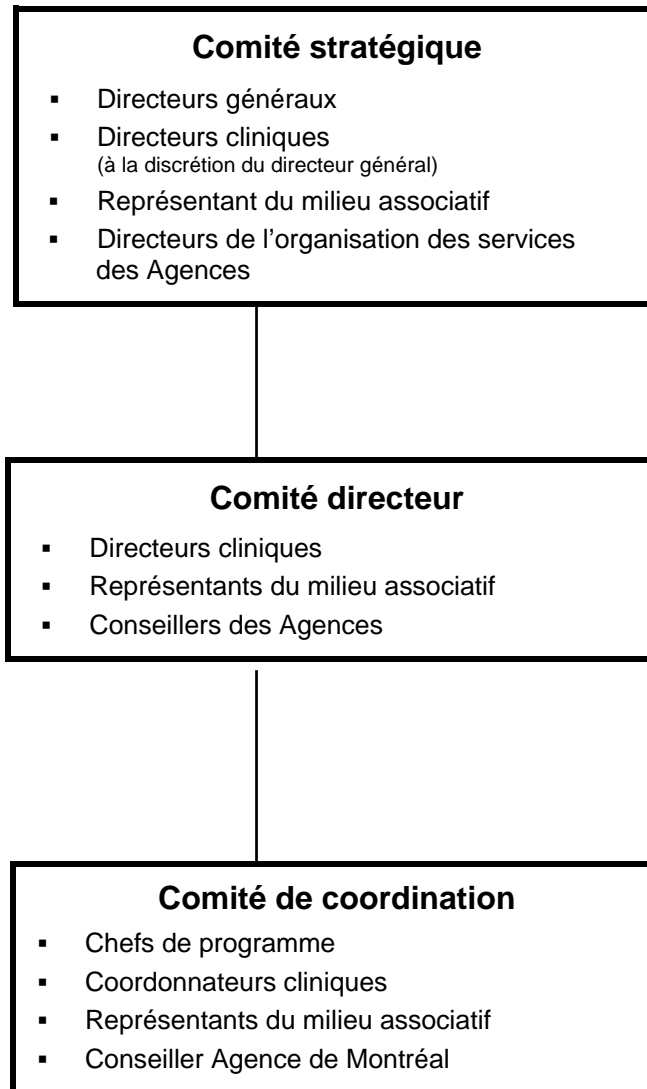
En foi de quoi ont signé :

Pour le Centre montréalais de réadaptation


.....
Président du conseil d'administration

Date 2 février 2005.....

Structure organisationnelle d'élaboration



Le comité stratégique

Composition :

- directeur général de chacun des établissements impliqués ou son représentant et, à sa discrétion, accompagné ou non de son directeur clinique
- représentant du milieu associatif
- directeur de l'organisation des services de chacune des sept agences impliquées ou son équivalent

Rôle et responsabilités :

- entériner le protocole d'entente du Consortium;
- valider le plan d'action du tronc commun en lien avec les plans d'action régionaux, pour l'implantation du Consortium;

Responsable :

Raymond Fortin, coordonnateur de territoires, Direction des réseaux des territoires de l'Ouest, Agence de Montréal

Le comité directeur

Composition :

- directeur clinique de chacun des établissements impliqués ou son équivalent
- agent de planification ou conseiller porteur de dossier de chacune des agences impliquées
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires

Rôle et responsabilités :

- convenir des mécanismes de cueillette des données relatives à la clientèle desservie;
- convenir du modèle d'instauration des corridors de services;
- convenir d'un modèle et du partage de l'offre de services;
- convenir d'un modèle d'élaboration des mécanismes de liaison et de communication;
- convenir des obstacles liés à l'offre et à l'organisation de services;
- proposer les objectifs organisationnels liés à l'élaboration du Consortium;
- proposer un modèle de démarche d'évaluation concertée;
- proposer un plan d'action pour l'implantation du Consortium;
- convenir des modalités de partage des connaissances;
- soumettre au comité stratégique les travaux du comité.

Président :

Alain Giroux, DSPR, Centre de réadaptation en déficience physique, Le Bouclier

Le comité de coordination

Composition :

- chef de programme de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- coordonnateur clinico-administratif de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- représentant du milieu associatif ou communautaire
- conseillère de l'Agence de Montréal

Rôle et responsabilités :

- faire la cueillette des données relatives à la clientèle desservie;
- définir le modèle des corridors de services;
- définir le modèle d'offre de services complète;
- contribuer à préciser le partage de l'offre de services;
- définir un modèle d'élaboration des mécanismes de liaison et de communication;
- soulever les obstacles liés à l'offre et à l'organisation de services et proposer des pistes de solution;
- contribuer à préciser un modèle de démarche d'évaluation concertée de la qualité des soins et services;
- soumettre au comité directeur les travaux du comité.

Présidente :

Bonita Laau, chef de programme, Centre de réadaptation Marie Enfant

Cette structure à trois paliers sera reprise pour la phase d'implantation, avec des rôles et responsabilités en lien avec l'atteinte des objectifs organisationnels.

Mandat des établissements

Les sept établissements du Consortium font partie du réseau de neurotraumatologie et ont été désignés par le MSSS pour offrir des soins et services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou sévère.

Dans le cadre de ces désignations, le mandat et la mission de chacun sont définis comme suit :

➤ **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

➤ **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

➤ **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

➤ **Le Centre de réadaptation La Maison**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2) désigné pour:

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de l'Abitibi-Témiscamingue».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

➤ **Le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et désigné pour:

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave des régions des Laurentides et de Lanaudière».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

➤ **Le Centre de réadaptation InterVal**

Établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et désigné pour:

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

➤ **Le Centre montréalais de réadaptation**

Établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et désigné pour:

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de la Montérégie».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

Ententes interétablissements

Abitibi-Témiscamingue

1. *Protocole de collaboration entre Le Pilier, Association des traumatisés crâniens de l'Abitibi-Témiscamingue ci-après Le Pilier et le Centre de réadaptation La Maison ci-après La Maison*
Signée en avril 2000

Laurentides-Lanaudière

1. *Protocole d'entente interétablissements pour le transfert de la clientèle pédiatrique entre l'Hôpital Ste-Justine et le Centre de réadaptation Le Bouclier*
Signée en juin 2002
2. *Protocole d'entente entre le Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Ste-Justine nommé établissement référant et le Centre de réadaptation Le Bouclier nommé établissement de réadaptation receveur, relativement à la clientèle de neurotraumatologie et de blessures orthopédiques graves*
Signée en juillet 2000
3. *Entente entre le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (Lanaudière) et l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles, secteur Joliette*
Resignée le 6 mai 2003 - Période couverte du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2006
4. *Protocole d'entente de collaboration entre le Centre de réadaptation Le Bouclier (Laurentides) et le Centre d'aide pour personnes handicapées physiques des Laurentides*
Signée en juillet 2000

Mauricie et Centre-du-Québec

1. *Entente de collaboration entre le Centre de réadaptation InterVal ci-après désigné « l'établissement de réadaptation » et l'Association des traumatisés crâniens/cérébraux Mauricie-Centre du Québec ci-après désignée comme « l'association »*
Signée en septembre 2003

Montréal :

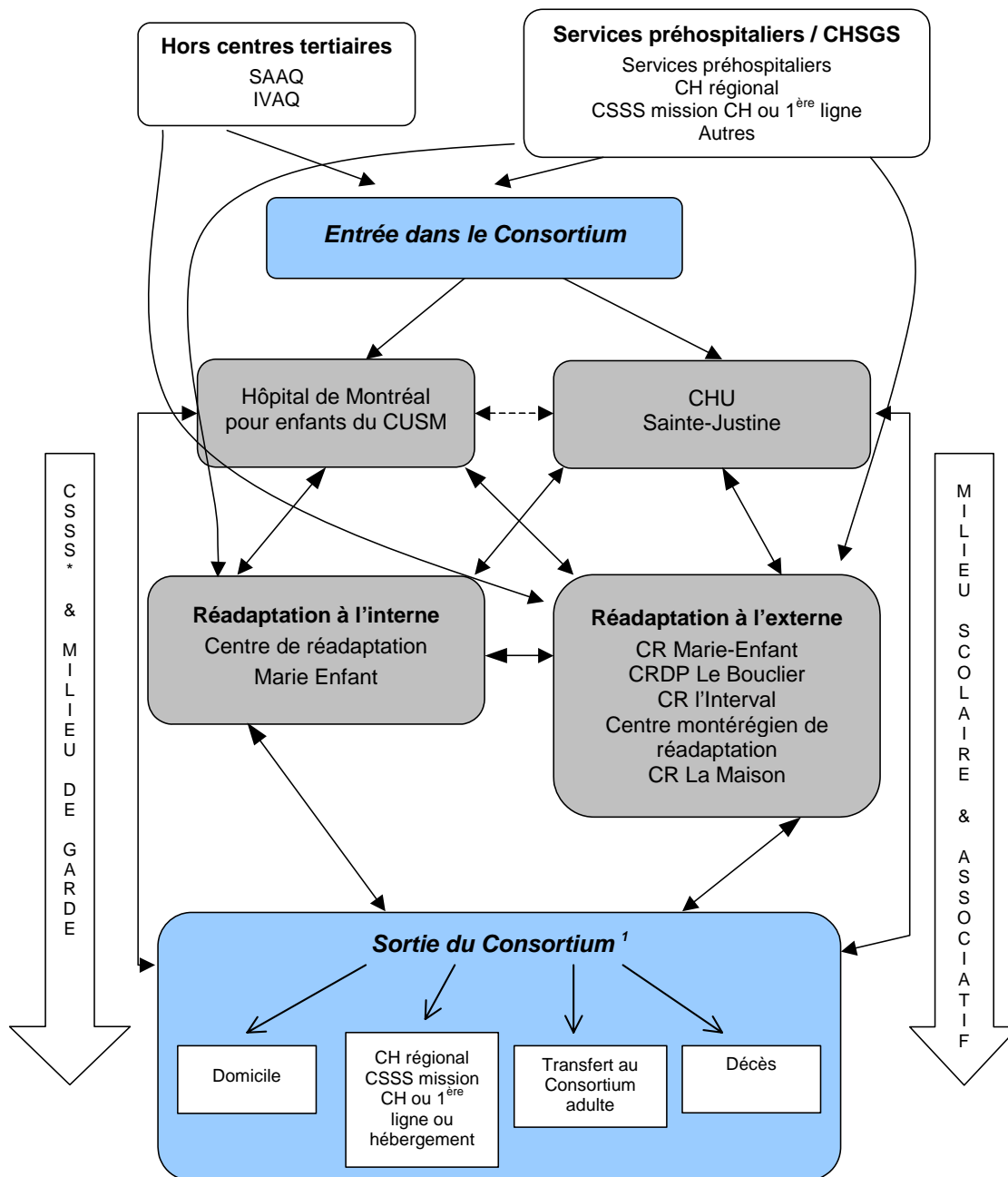
1. *Protocole d'entente interétablissements pour le transfert de la clientèle pédiatrique entre l'Hôpital Sainte-Justine et le CMR - Corridor de services en traumatologie*
Entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2002, suivi en 2004
2. *Entente concernant le transfert des cas de neurotraumatologie entre l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM et le CMR*
Signée le 22 février 2002, suivi en août 2003 et en novembre 2004

3. *Entente de transfert entre l'Hôpital Charles-Lemoyne et le CMR relativement à la clientèle adulte présentant un traumatisme crâniocérébral et/ou une blessure orthopédique grave ou d'autres blessures graves*
Signée en juillet 2003, suivi en avril 2004, septembre 2004, novembre 2004, décembre 2004 et avril 2005
4. *Entente entre l'Hôpital Marie Enfant et le CMR relativement aux cas de neurotraumatologie (signée en avril 1997 et suivi en novembre 2000, novembre 2001, janvier 2002, avril 2002) nouvelle entente signée en avril 2003 : Entente entre le CR Maire Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine et le CMR relativement aux jeunes présentant une problématique en neurotraumatologie et/ou BOG*
Suivi en mars 2004
5. Entente de collaboration entre le CMR et l'ATCCM
Signée en mai 2000, suivi en juillet 2001 et nouvelle entente signée en mai 2003 pour inclure la clientèle pédiatrique

Montréal

1. *Protocole d'entente inter-programmes pour le transfert de la clientèle entre le programme urgence trauma chirurgie et le programme de réadaptation pédiatrique du Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine*
Signé en 2000, suivi en 2002
2. *Entente concernant le transfert des cas de neurotraumatologie entre l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM et le Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine* **Signée en 2000, suivi en 2003**
3. *Protocole d'entente de collaboration entre le Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Ste-Justine, ci-après appelé l'établissement de réadaptation, et l'Association québécoise des traumatisés crâniens, ci-après appelée l'association*
Signé en avril 2000 et reconduit en 2003
4. *Protocole de collaboration entre l'Association québécoise des traumatisés crâniens ci-après appelée l'association et l'Hôpital de Montréal pour enfants ci-après appelé l'établissement*
Signé en avril 1997 et reconduit en 2000

Cheminement actuel de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Clientèle desservie

Définition

La définition de traumatisme craniocérébral retenue par les membres du Consortium aux fins de la compilation statistique est celle employée par le MSSS et entérinée par une majorité d'experts :

« Le traumatisme craniocérébral représente une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neurologiques ou psychosociales partielles ou totales ».²

De plus, afin de s'ajuster plus particulièrement à la clientèle pédiatrique, les membres ont inclus dans les cas compilés, les enfants présentant un diagnostic de syndrome du bébé secoué. Seuls les enfants présentant les mêmes déficits et besoins qu'un traumatisé craniocérébral modéré ou sévère ont été inclus dans le Consortium.

Degrés de sévérité

Aux fins de l'interprétation des données statistiques, les degrés de sévérité de la déficience neurologique retenus sont ceux apparaissant dans le document de travail *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral - Paramètres d'organisation* produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juillet 1999³:

² GERVAIS, Marie et DUBÉ Sylvie. *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée craniocérébrale au Québec - Rapport de recherche*, Québec, février 1999, p. 8.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral - Paramètres d'organisation* (document de travail), Québec, 7 juillet 1999.

**Renseignements cliniques associés
au degré de sévérité de la déficience neurologique**

	Degré de sévérité			
	Mineur	Léger	Modéré	Sévère
Durée de l'altération de conscience	0 à 10 minutes	Quelques minutes à 30 minutes au maximum	Généralement 30 minutes à 6 heures, mais durée limite de 24 heures	Souvent plus de 24 heures à plusieurs jours, mais obligatoirement supérieur à 6 heures
GCS* à l'urgence ou moins de 20 minutes suivant le traumatisme	15	13 à 15 En pédiatrie, la limite inférieure peut être 13 ou 14	9 à 12	Inférieur à 9
Lésion/déficience objectivée	Scan** : négatif MRI*** : négative (peu utilisée)	Scan : négatif MRI : parfois négative, parfois positive (peu utilisée)	Scan : généralement positif MRI : généralement positive (peu utilisée)	Scan : positif MRI : positive (peu utilisée)
Amnésie post-traumatique	0 à 10 minutes au maximum	Variable, mais doit être inférieure à 24 heures	Variable, mais généralement entre 1 et 14 jours	Plusieurs semaines

* **GCS** : échelle de coma de Glasgow

** **Scan** : tomographie axiale couplée avec ordinateur

*** **MRI** : test de résonance magnétique

Les établissements membres du Consortium se sont entendus pour respecter cette classification dans la sélection des usagers à inclure dans le protocole⁴. Ils ont également convenu des caractéristiques définissant le TCC complexe, plus spécifiquement pour la clientèle pédiatrique.

⁴ Seuls les usagers modérés et sévères ont été ciblés dans le cadre de l'analyse statistique.

TCC à problématique complexe

Les intervenants des établissements membres du consortium s'entendent pour présenter des facteurs pronostiques ayant potentiellement un impact significatif sur le développement de l'enfant ou de ses habitudes de vie. En effet, les enfants et adolescents, n'ayant pas, à l'instar des adultes, atteint leur plein développement biopsychosocial, des conditions particulières dans ces sphères de développement entraînent pour le jeune, sa famille et l'équipe traitante des défis supplémentaires souvent imposants. Il s'agit de conditions présentes lors du traumatisme et donc qui représentent un portrait de l'enfant ou de l'adolescent à ce moment précis.

Outre les facteurs de mauvais pronostic identifiables au moment du traumatisme, il est également possible qu'un usager TCC évolue de façon complexe même s'il n'avait pas été clairement identifié comme tel au départ. Par contre, à l'inverse, certains usagers TCC identifiés à problématique complexe au départ, peuvent malgré tout évoluer favorablement. Les facteurs pronostiques présentés ne prétendent pas prédire l'évolution de la récupération mais représentent des indicateurs de complexité.

Les diagnostics pré-morbides ayant un impact significatif sur le développement ou les habitudes de vie incluent :

- troubles de comportement, incluant trouble oppositionnel, trouble des conduites et autres troubles de santé mentale, ayant fait l'objet d'une évaluation ou d'une intervention dans le réseau de la santé, de l'éducation ou de la part des centres jeunesse;
- trouble envahissant du développement (TED);
- déficience intellectuelle diagnostiquée;
- atteinte neurologique diagnostiquée incluant la déficience du langage;
- troubles graves d'apprentissage diagnostiqués;
- toxicomanie ou alcoolisme documenté;
- enfant ayant déjà subi un TCC suite auquel il a nécessité une intervention de réadaptation, suivi par un ou plusieurs intervenants de l'équipe (dépassant la relance téléphonique);
- déficit sensoriel diagnostiqué.

Les diagnostics concomitants ayant un impact significatif sur le développement ou les habitudes de vie incluent :

- blessure médullaire;
- amputation engendrant une atteinte permanente de l'intégrité corporelle.

Les caractéristiques du milieu social ou familial pouvant avoir un impact significatif sur le développement ou les habitudes de vie incluent :

- enfant ou adolescent ayant une famille ou des parents aux prises avec des troubles psychiatriques, des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie documentés;
- milieu familial ayant fait l'objet d'un signalement retenu par la Direction de protection de la jeunesse (DPJ).

Statistiques

Les tableaux et graphiques suivants font référence à l'ensemble de la clientèle ayant reçue des soins et services par les établissements du Consortium interrégional pédiatrique pour les années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004. Nous avons voulu témoigner du volume total d'usagers traités. Les nouvelles références et les enfants en suivi pour chaque année financière de référence, pour chaque établissement, se retrouvent donc inclus dans les données présentées.

Le premier tableau illustre les volumes totaux de clientèle desservie pour tous les groupes d'âge et tous les niveaux de gravité confondus. Les données sont ensuite présentées par groupe d'âge et selon le niveau de gravité. L'étiologie des traumatismes, la provenance de la clientèle et la région de résidence des usagers de chaque établissement apportent par la suite quelques précisions sur la clientèle desservie.

Il est important de souligner que les données présentées comportent des limites au niveau de la fiabilité et par conséquent au niveau de l'analyse qu'on peut en faire. Les limites proviennent du fait qu'il n'existe pas de banque de données commune aux établissements membres du Consortium ainsi qu'un cadre normatif définissant chacune des variables saisies. Présentement, les données proviennent de différentes sources, soit le registre de trauma, info-réadapt et W-Stats. De plus, à l'intérieur même d'une source commune tels W-Stats, chaque établissement saisit les données selon son interprétation et ses besoins.

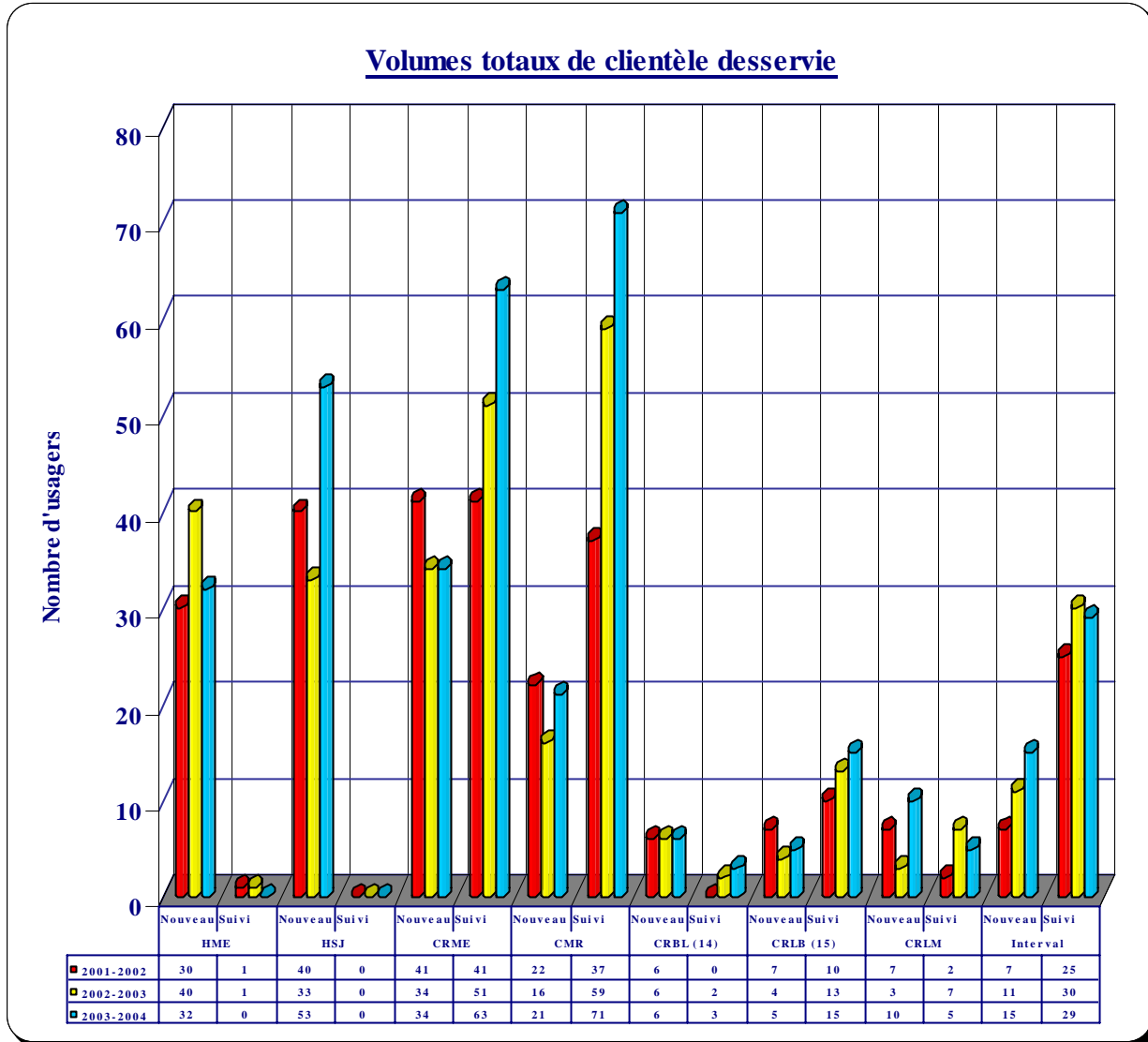
L'absence d'interface entre les systèmes de chacun des établissements et par conséquent l'absence d'une banque de données unique fait en sorte qu'il est actuellement impossible de suivre un client à travers son parcours d'un établissement à l'autre.

Il apparaît impératif pour les membres du Consortium de se doter d'une banque de données commune ainsi qu'une procédure de saisie standardisée qui permettront d'avoir des informations valides et disponibles rapidement dans un objectif d'évaluation et de suivi du fonctionnement du Consortium.

Pour ces raisons, il est important de considérer ces données comme un aperçu global de la situation du Consortium et non comme un état de situation précis et par conséquent éviter de tirer des conclusions hâtives qui seraient basées sur des données sujettes à interprétation.

Volumes totaux de clientèle desservie

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus (modéré et grave)

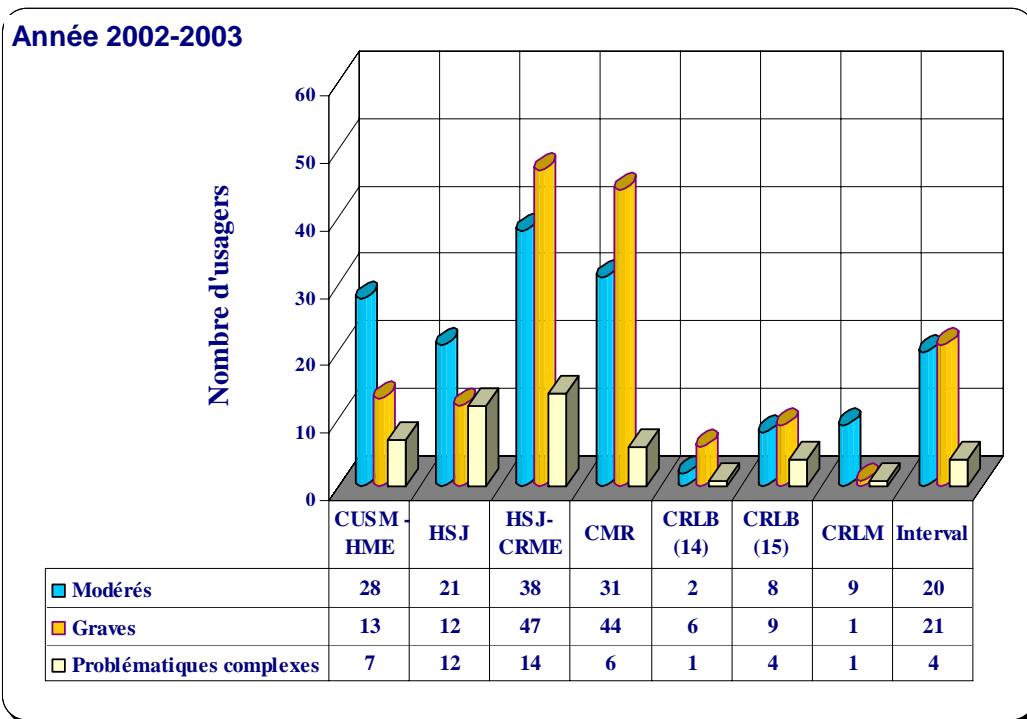
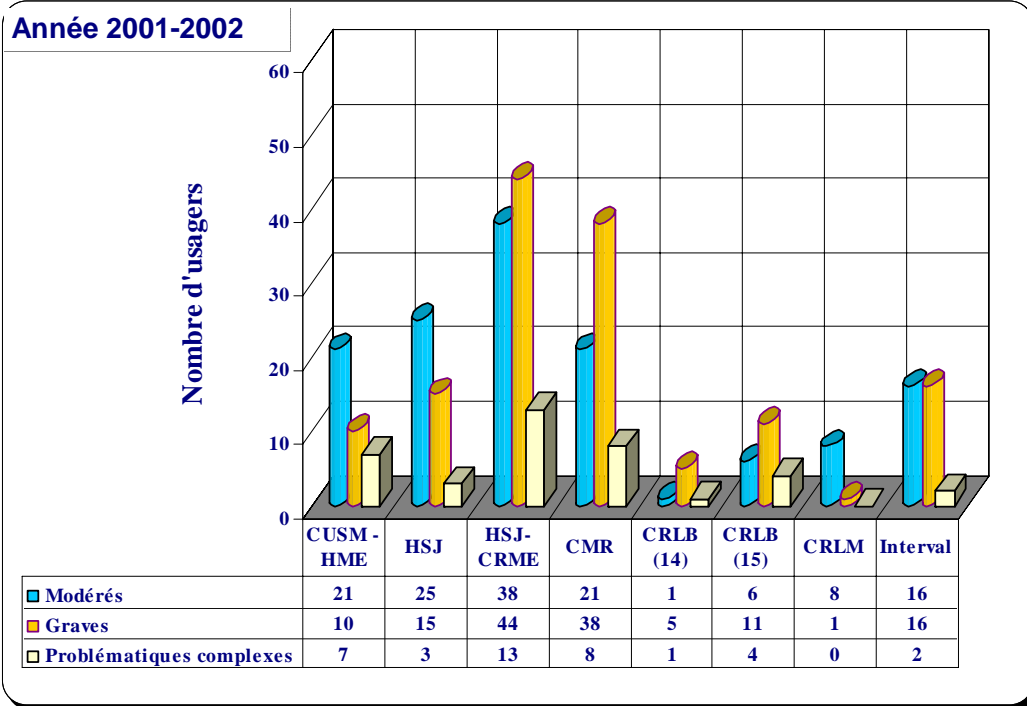


Le tableau présente le volume total d'usagers qui ont reçu des soins et services pendant l'année financière de référence, en distinguant le nombre de nouvelle référence de celui des usagers qui poursuivent leur processus de réadaptation. Au total, en 2001-2002, le Consortium a desservi 276 enfants et adolescents, en 2002-2003, 309 et en 2003-2004, 362.

Les trois prochains graphiques représentent les volumes totaux, par année financière, par niveau de gravité. Les TCC à problématiques complexes sont représentés de manière isolée mais sont également comptabilisés selon leur diagnostic primaire de TCC modéré ou TCC sévère. Le faible volume de la clientèle justifie ce choix. Le volume des TCC modérés ou sévères serait non représentatif le cas échéant.

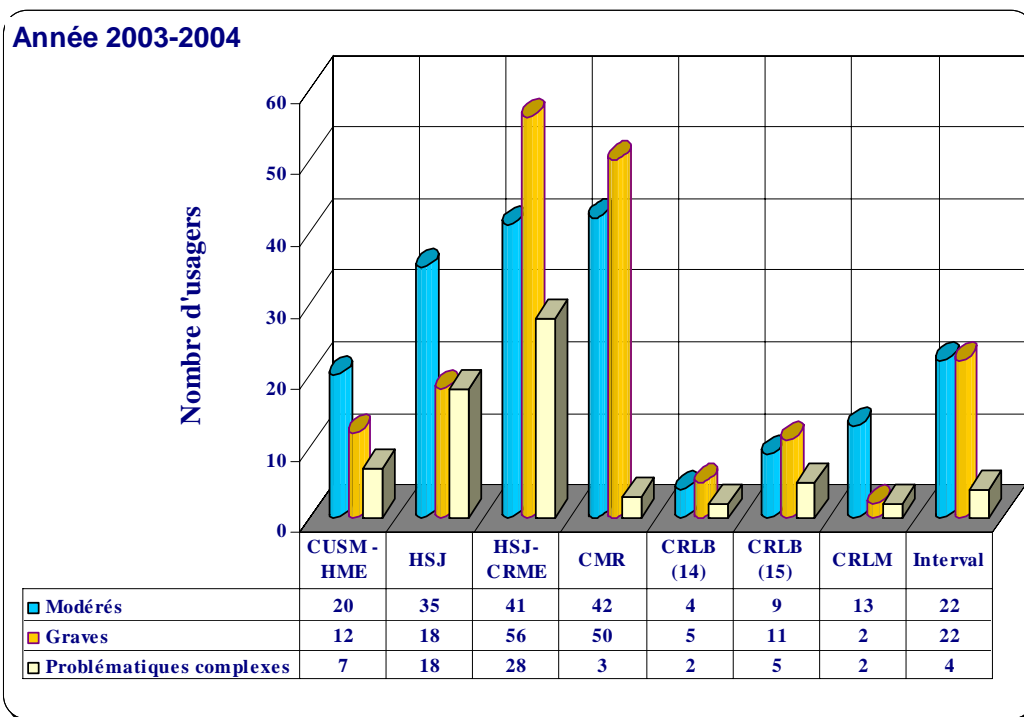
Répartition selon le niveau de gravité

Tous groupes d'âge confondus



Répartition selon le niveau de gravité

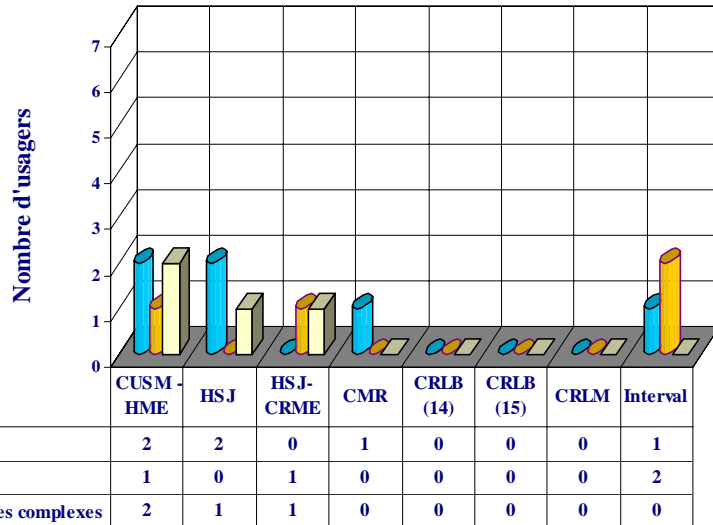
Tous groupes d'âge confondus



Répartition selon le niveau de gravité Selon les groupes d'âge

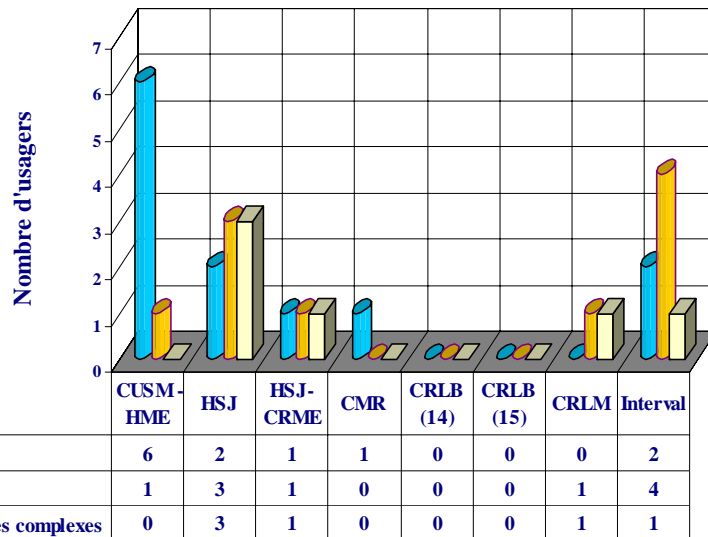
Année 2001-2002

Moins de 1 an



Année 2002-2003

Moins de 1 an



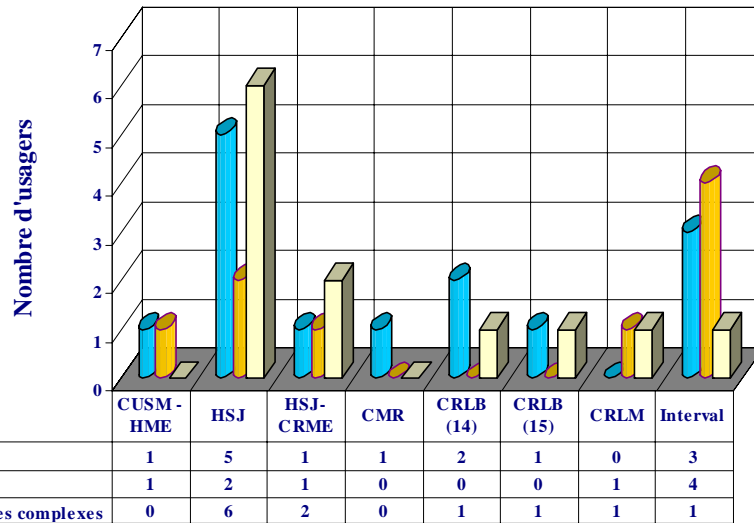
Les groupes d'âges retenus s'harmonisent avec la grille de données S484 (utilisée par les centres de réadaptation et par le MSSS).

Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)

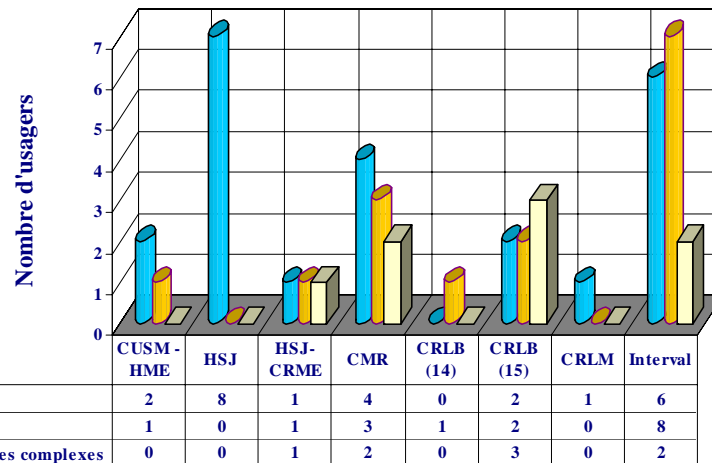
Année 2003-2004

Moins de 1 an



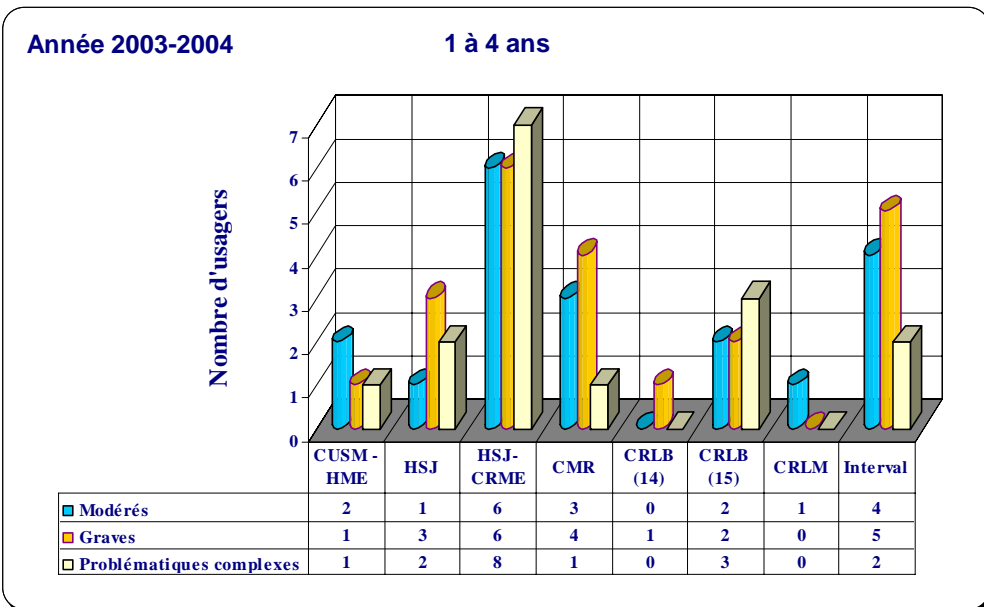
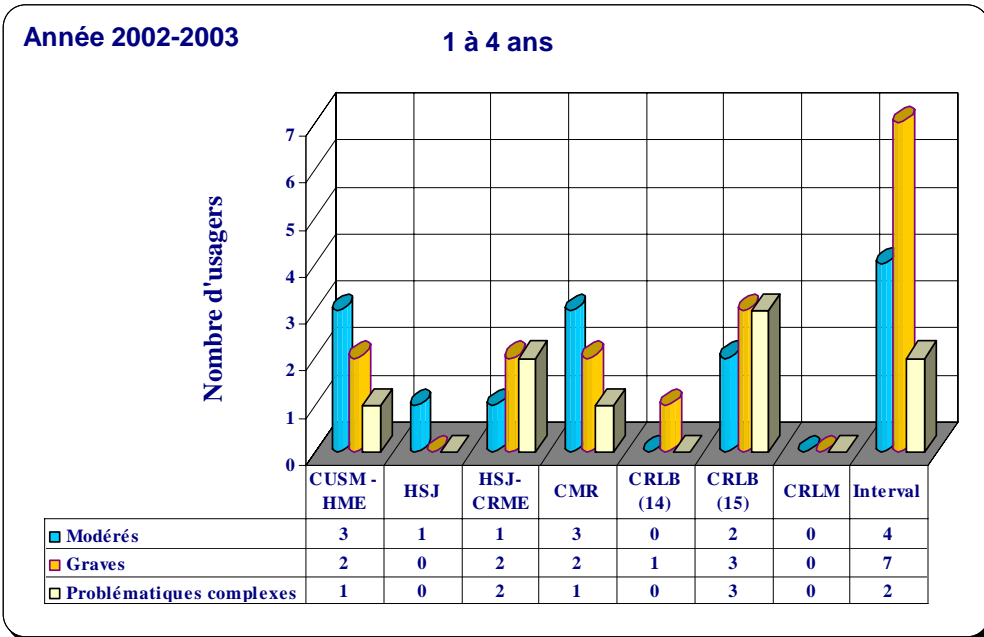
Année 2001-2002

1 à 4 ans



Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)

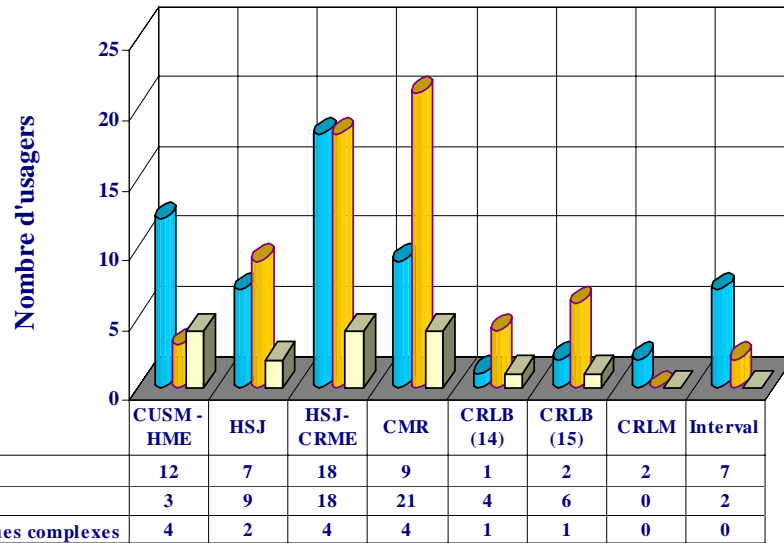


Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)

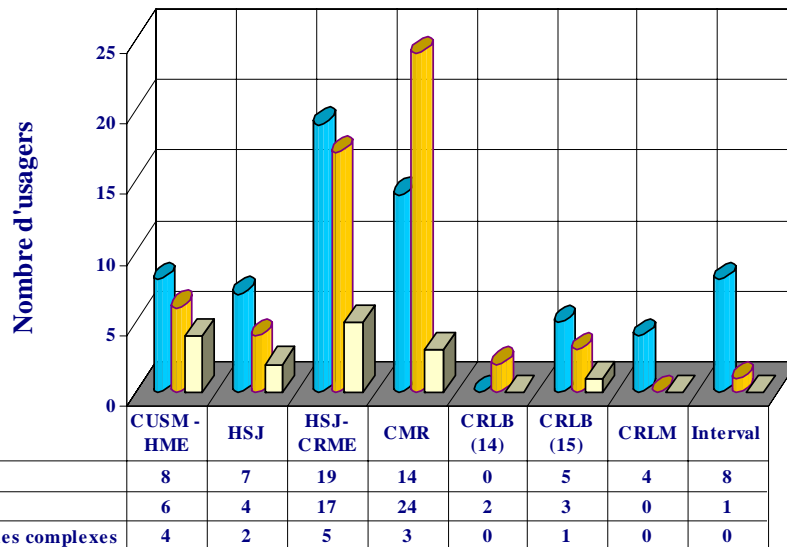
Année 2001-2002

5 à 11 ans



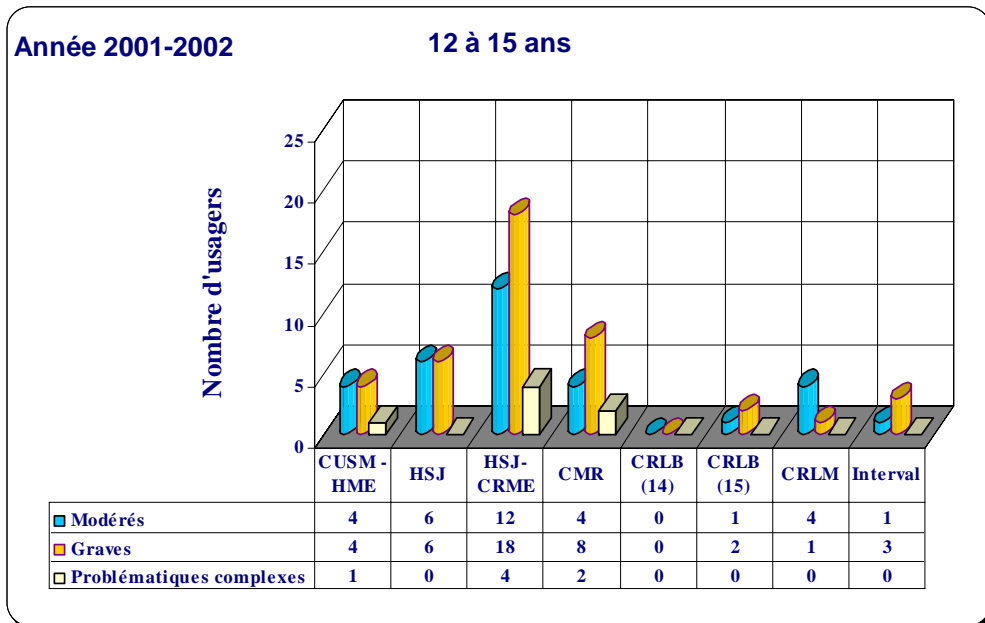
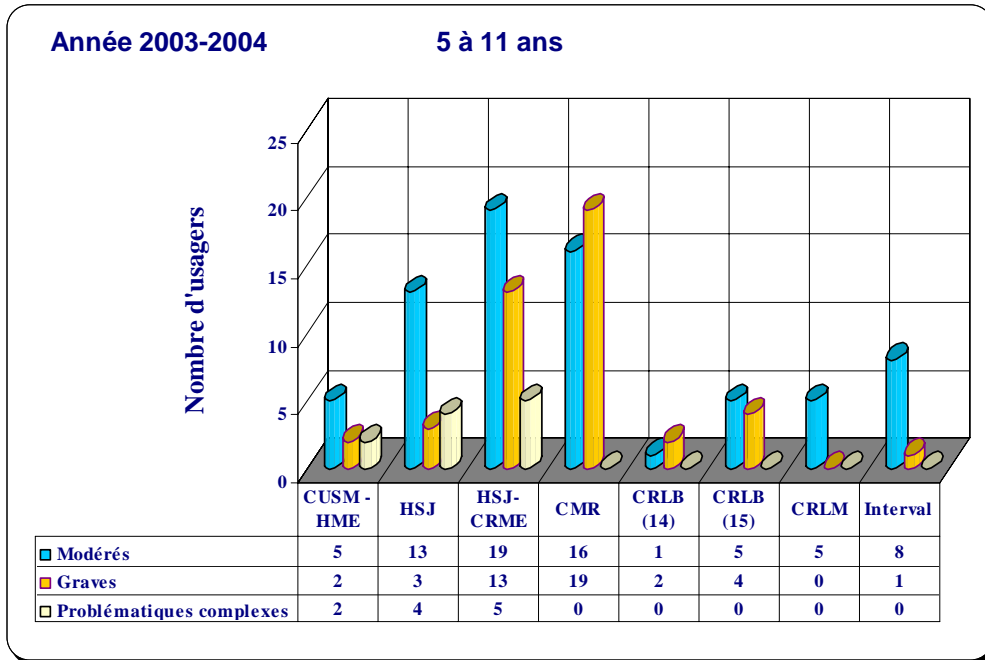
Année 2002-2003

5 à 11 ans



Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)

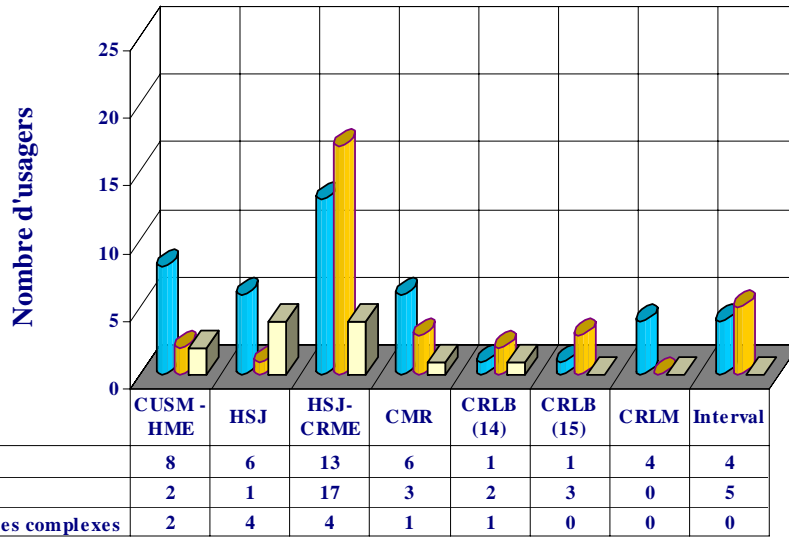


Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)

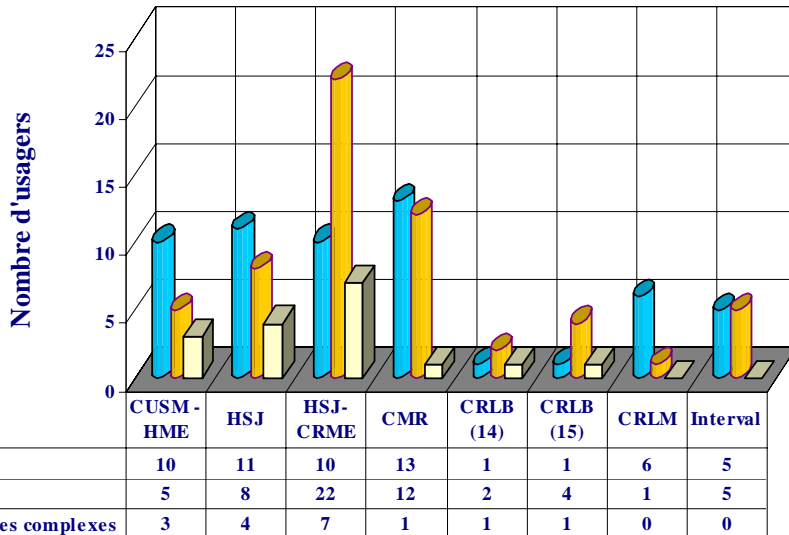
Année 2002-2003

12 à 15 ans



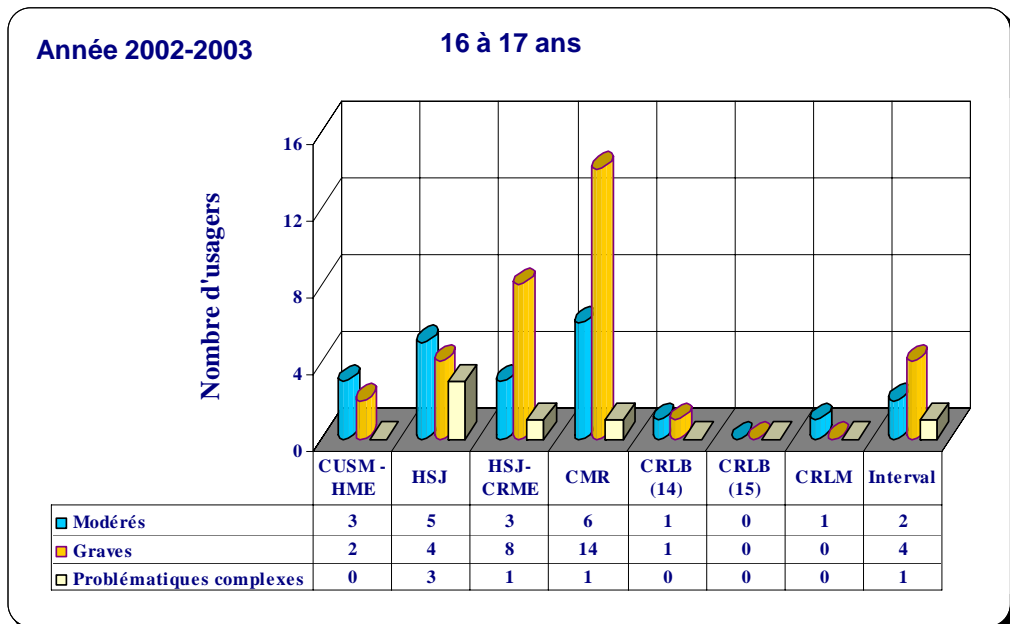
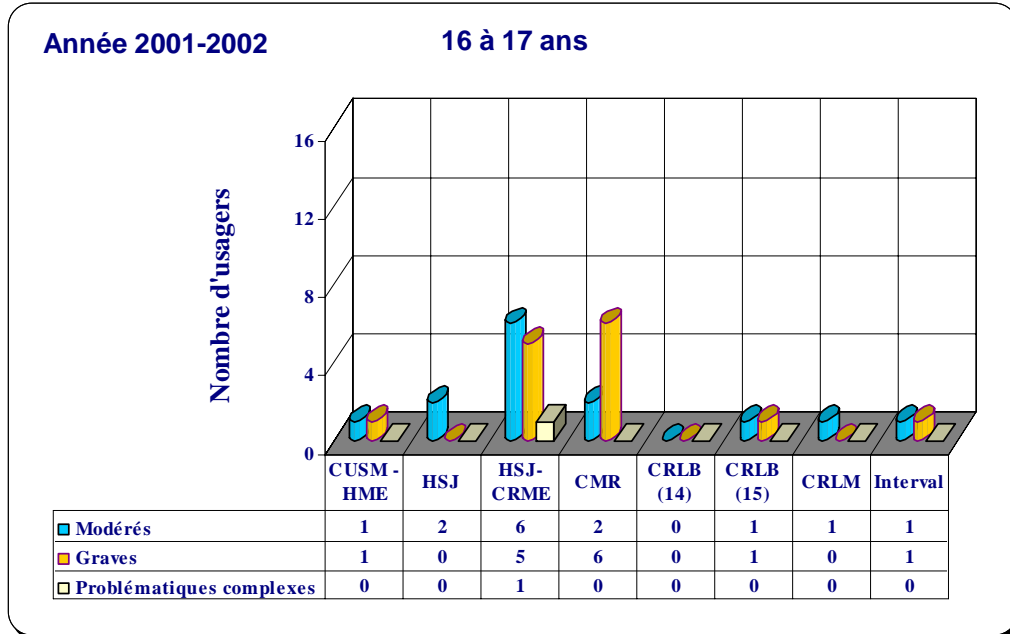
Année 2003-2004

12 à 15 ans



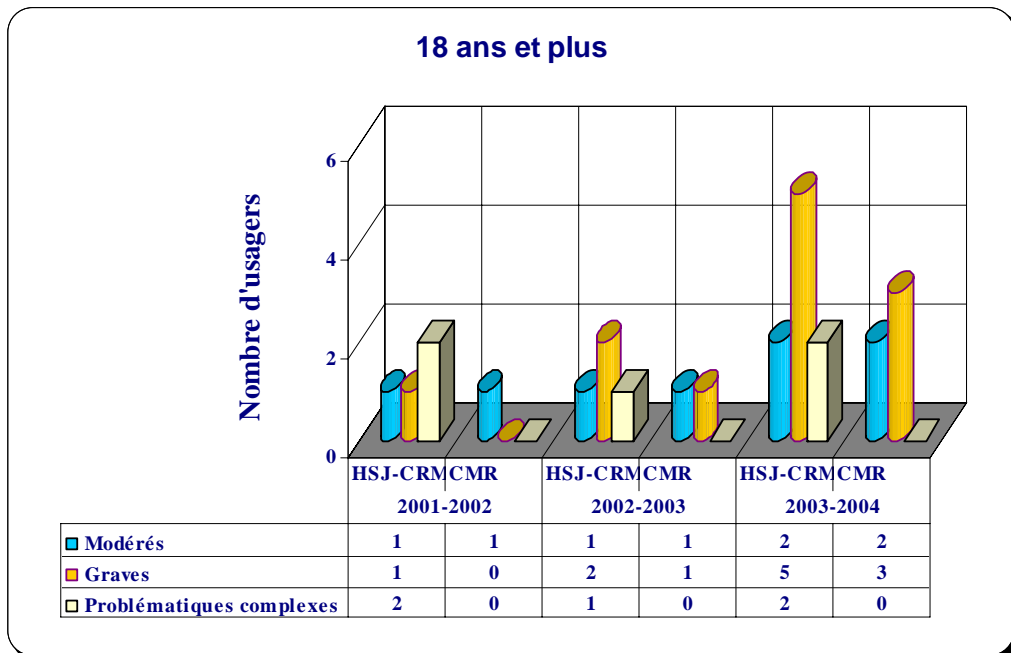
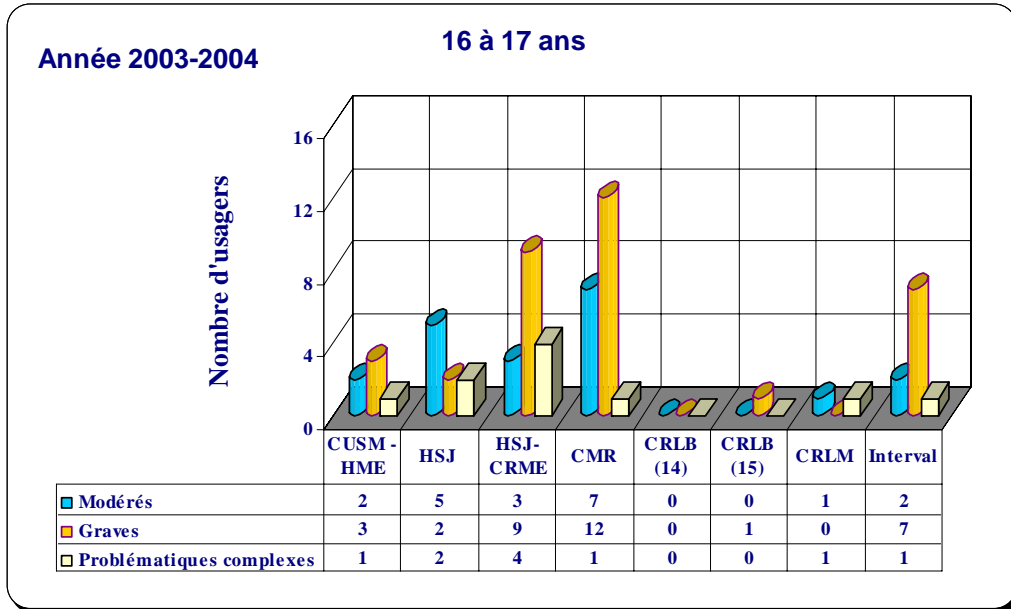
Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)



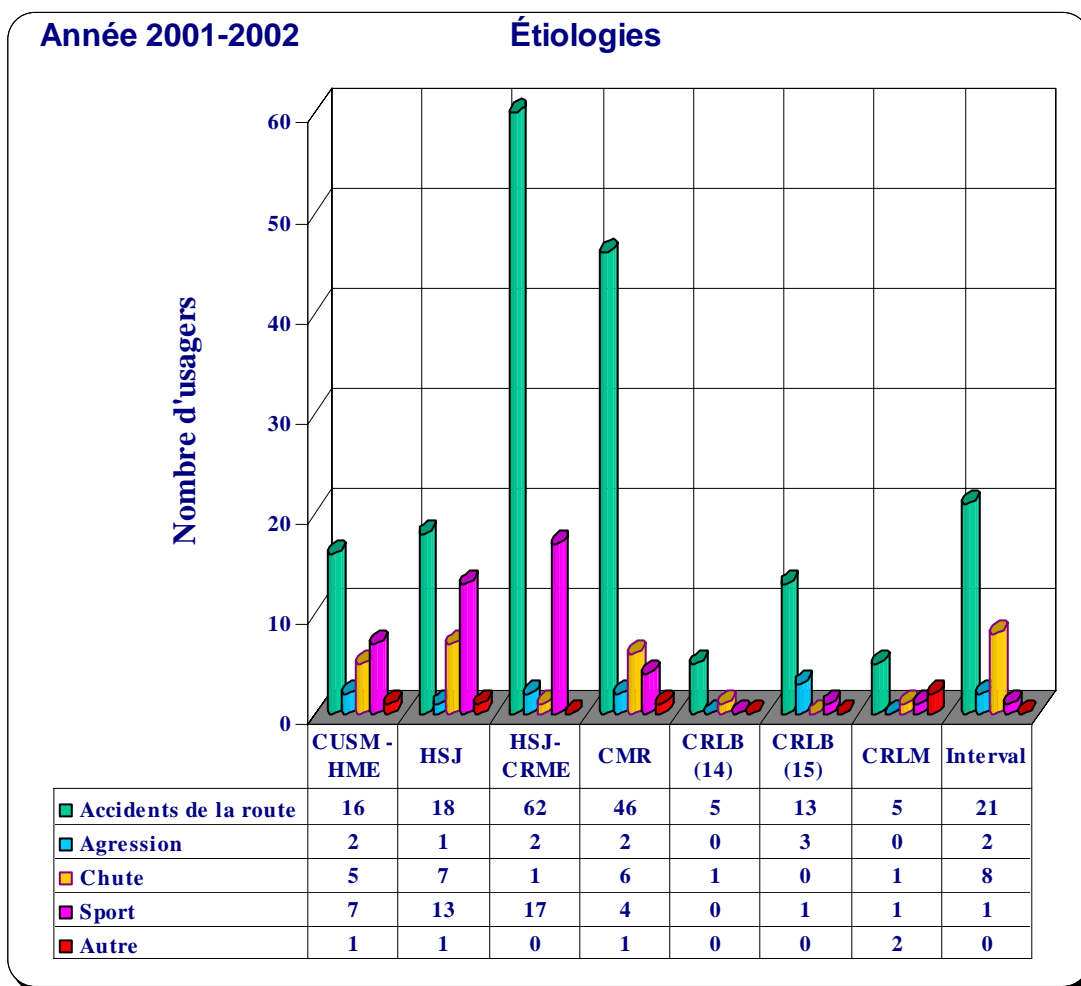
Répartition selon le niveau de gravité

Selon les groupes d'âge (suite)



Étiologie

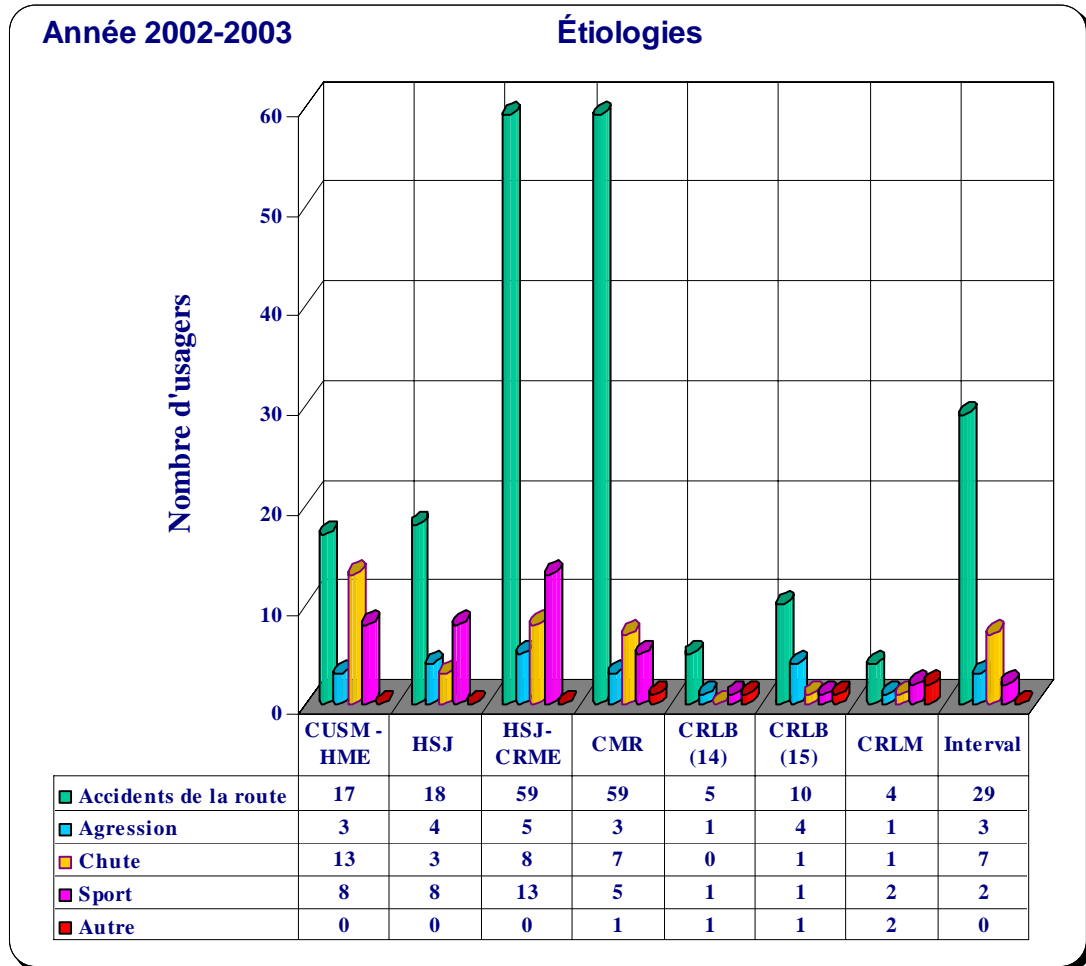
Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus



Les étiologies sont présentées en fonction du mécanisme du traumatisme soit : les accidents de la route, les agressions, les chutes, le sport ou tout autre mécanisme. Précisons que la catégorie du sport inclut également toute autre activité récréative (ex : véhicule tout-terrain, motoneige, etc)

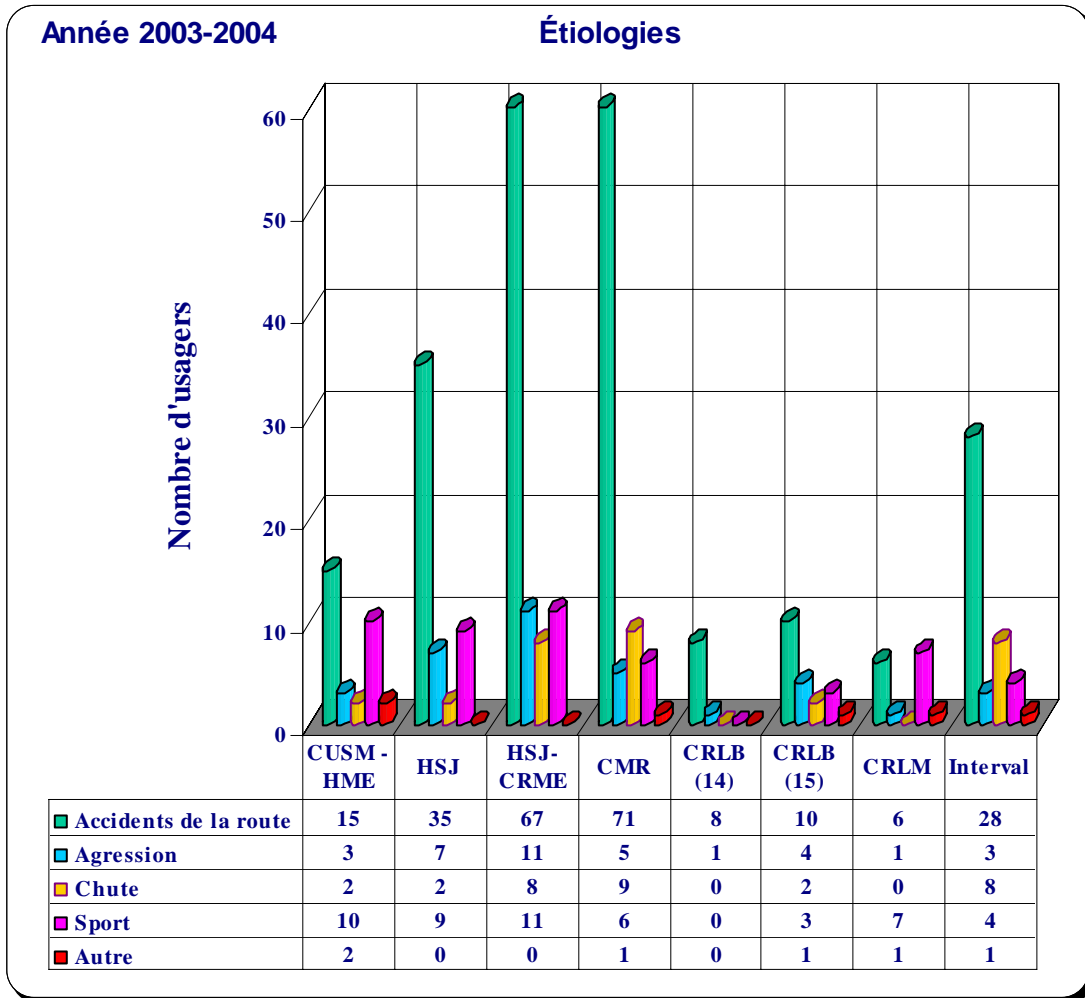
Étiologie

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus



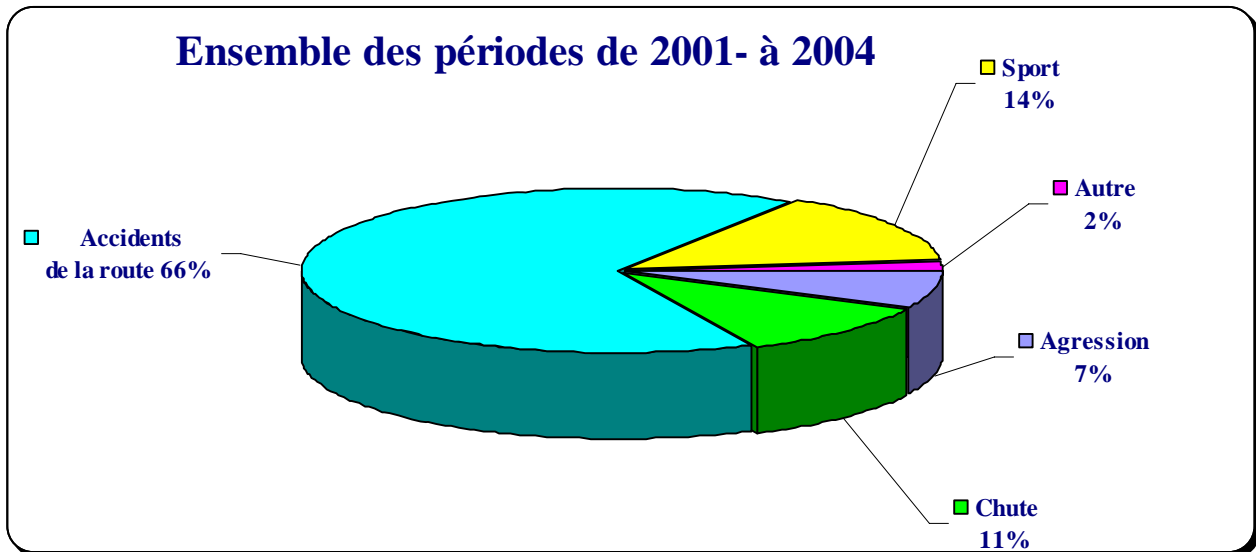
Étiologie

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus



Étiologie

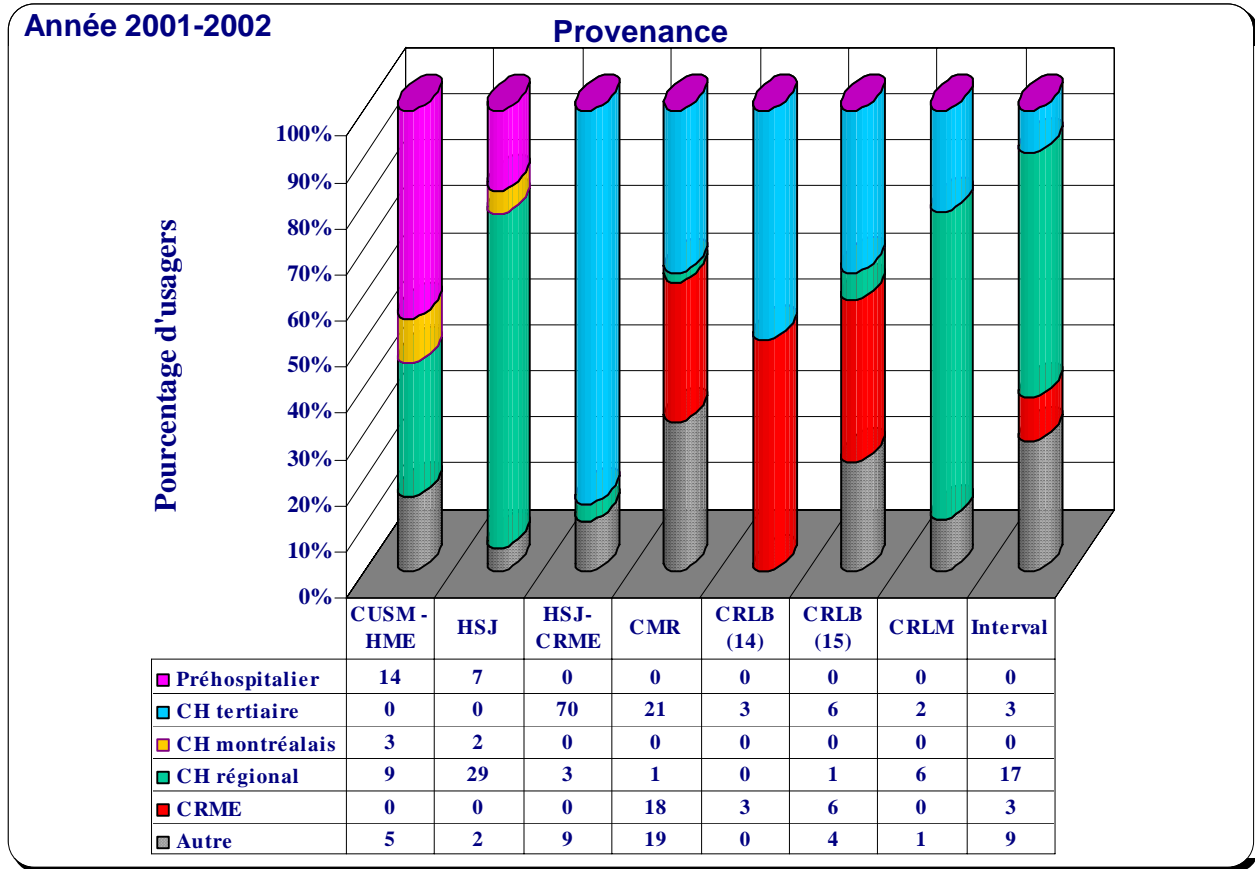
Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus



Les accidents de la route, dans une proportion de 66%, représentent la principale cause des traumatismes crâniens chez la clientèle TCC modérés et sévères pédiatrique; viennent ensuite les activités sportives et les chutes.

Provenance de la clientèle

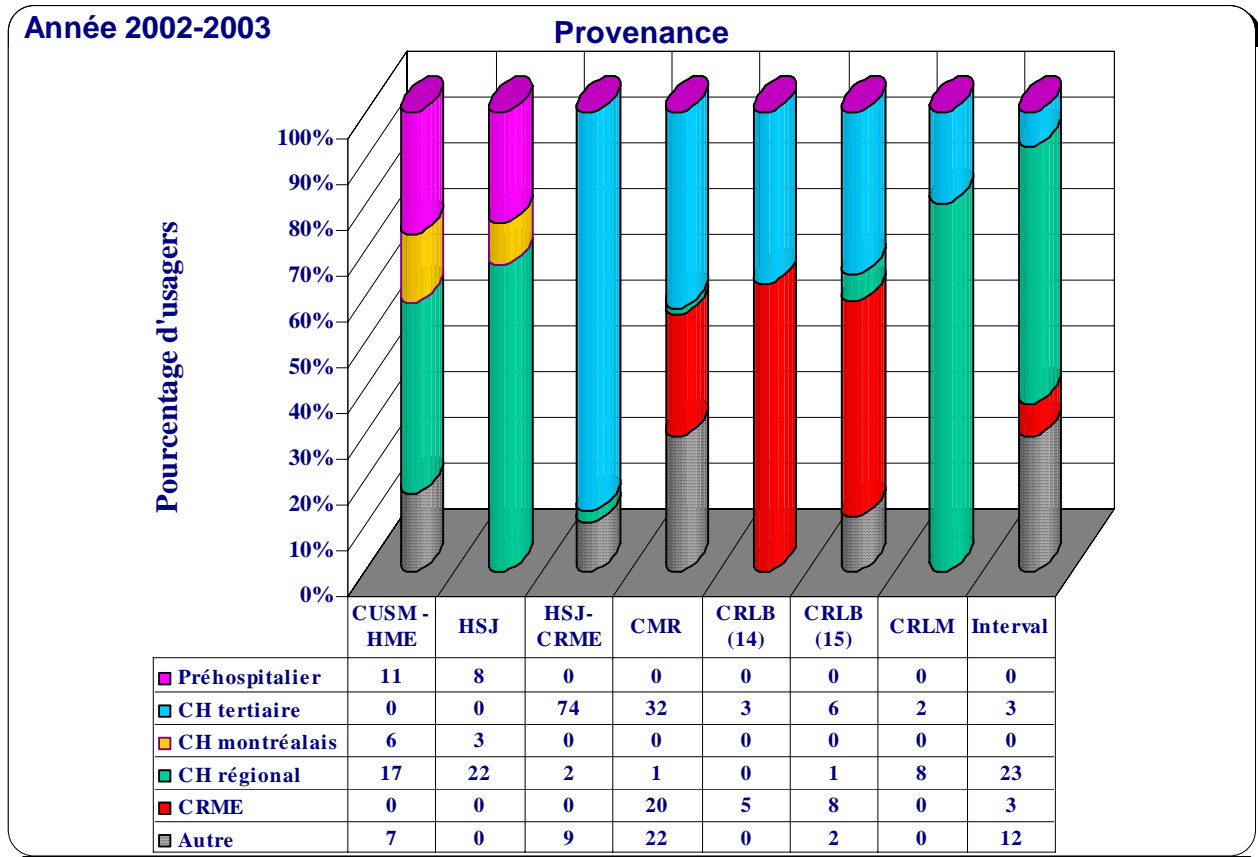
Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus pour l'ensemble de la période



Pour chacun des établissements, selon l'année financière de référence, le tableau indique d'où proviennent les références des usagers desservis.

Provenance de la clientèle

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus pour l'ensemble de la période

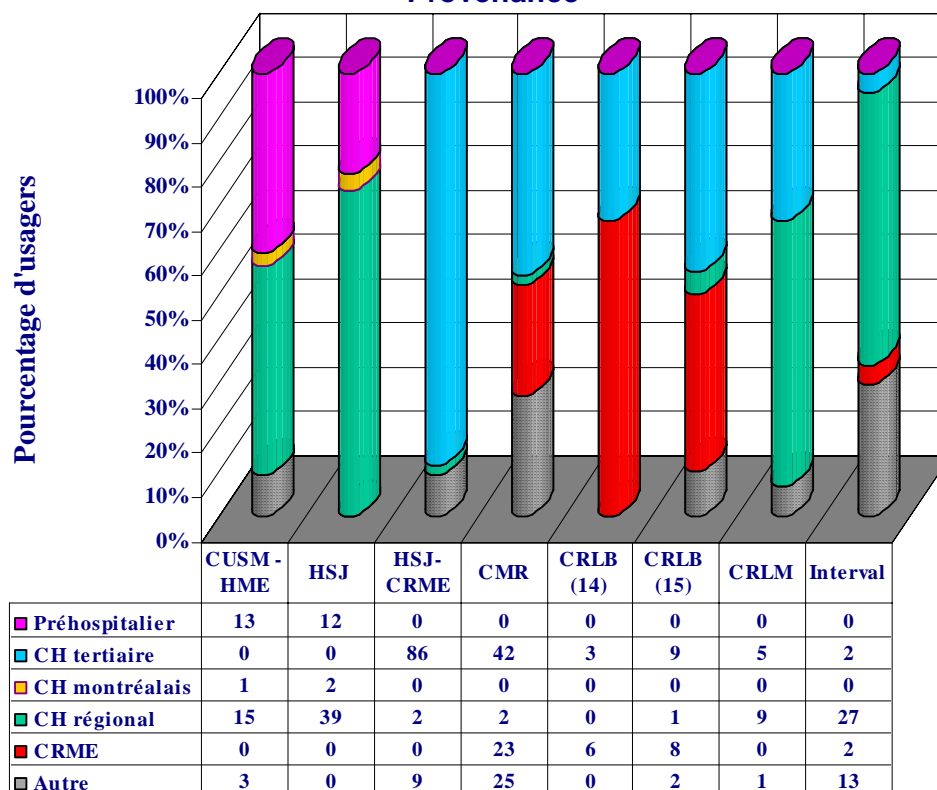


Provenance de la clientèle

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus pour l'ensemble de la période

Année 2003-2004

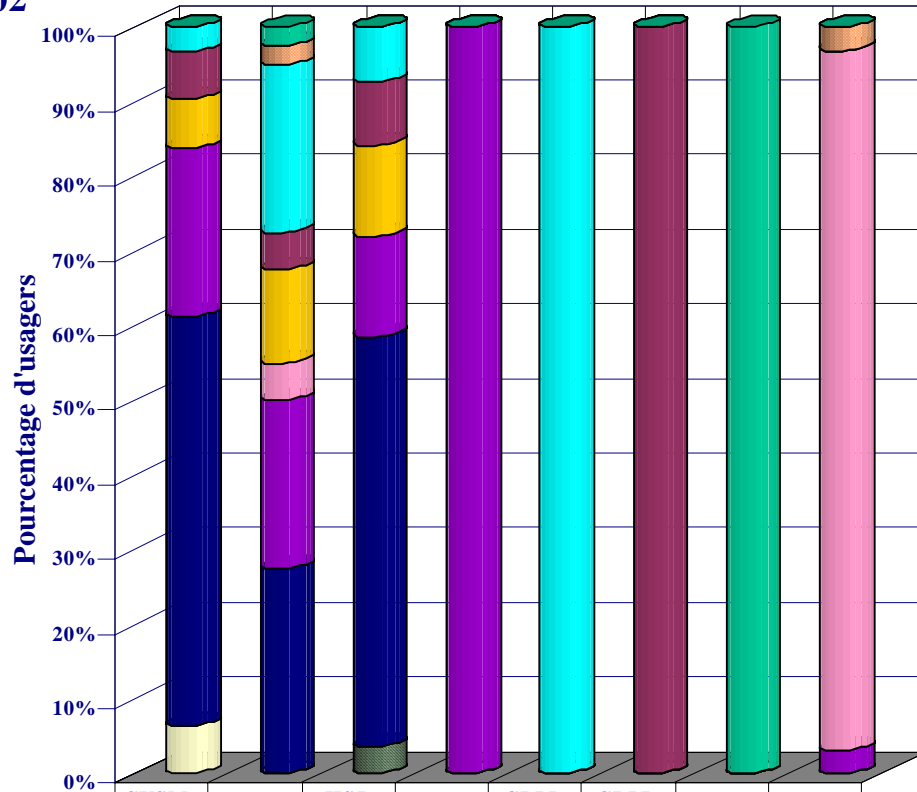
Provenance



Région de résidence

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus

Année 2001-2002

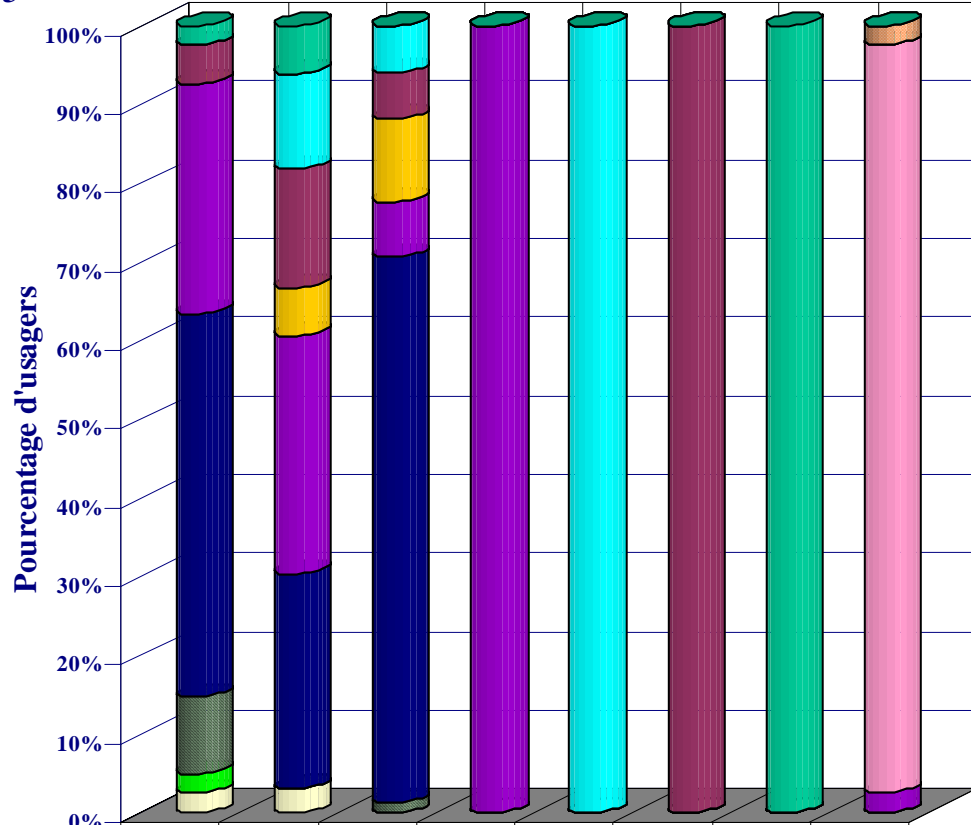


	CUSM - HME	HSJ	HSJ-CRME	CMR	CRLB (14)	CRLB (15)	CRLM	Interval
■ Abitibi-Témiscamingue	0	1	0	0	0	0	9	0
■ Baie James	0	0	0	0	0	0	0	0
■ Estrie	0	1	0	0	0	0	0	1
■ Lanaudière	1	9	6	0	6	0	0	0
■ Laurentides	2	2	7	0	0	17	0	0
■ Laval	2	5	10	0	0	0	0	0
■ Mauricie-Centre du Québec	0	2	0	0	0	0	0	30
■ Montérégie	7	9	11	59	0	0	0	1
■ Montréal	17	11	45	0	0	0	0	0
■ Nunavik	0	0	3	0	0	0	0	0
■ Québec	0	0	0	0	0	0	0	0
■ Autres	2	0	0	0	0	0	0	0

Région de résidence

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus

Année 2002-2003

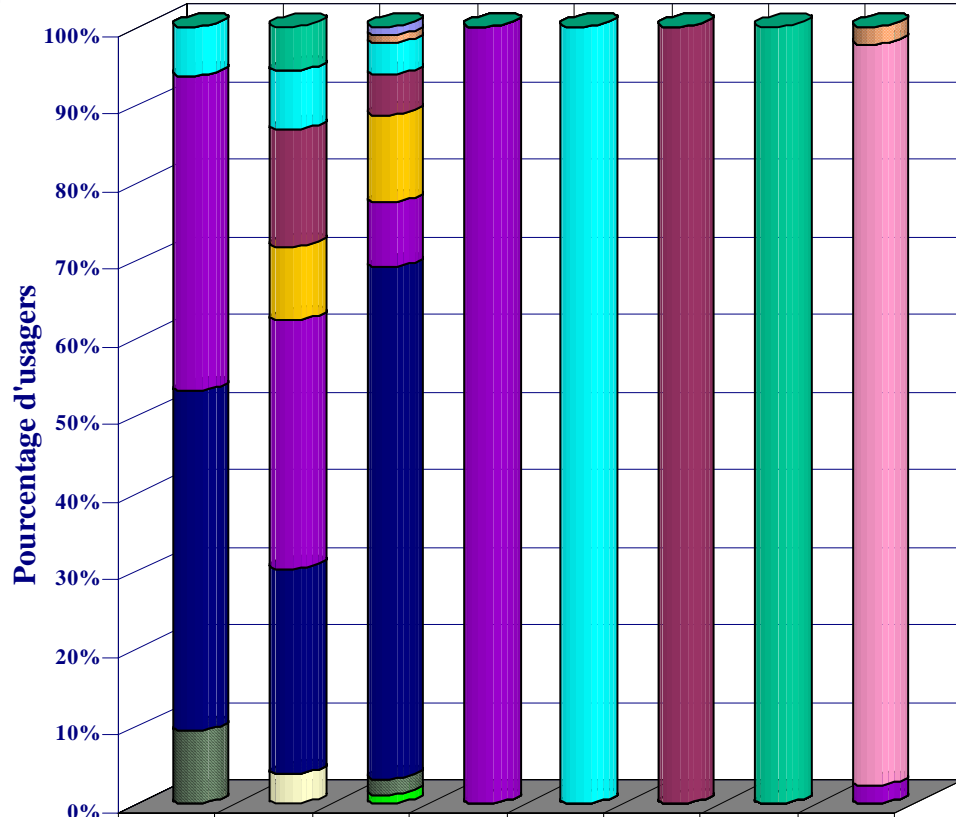


	CUSM - HME	HSJ	HSJ-CRME	CMR	CRLB (14)	CRLB (15)	CRLM	Interval
■ Abitibi-Témiscamingue	1	2	0	0	0	0	10	0
■ Baie James	0	0	0	0	0	0	0	0
■ Estrie	0	0	0	0	0	0	0	1
■ Lanaudière	0	4	5	0	8	0	0	0
■ Laurentides	2	5	5	0	0	17	0	0
■ Laval	0	2	9	0	0	0	0	0
■ Mauricie-Centre du Québec	0	0	0	0	0	0	0	39
■ Montérégie	12	10	6	75	0	0	0	1
■ Montréal	20	9	59	0	0	0	0	0
■ Nunavik	4	0	1	0	0	0	0	0
■ Québec	1	0	0	0	0	0	0	0
■ Autres	1	1	0	0	0	0	0	0

Région de résidence

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus

Année 2003-2004



	CUSM - HME	HSJ	HSJ- CRME	CMR	CRLB (14)	CRLB (15)	CRLM	Interval
■ Abitibi-Témiscamingue	0	3	0	0	0	0	15	0
■ Baie James	0	0	1	0	0	0	0	0
■ Estrie	0	0	1	0	0	0	0	1
■ Lanaudière	2	4	4	0	9	0	0	0
■ Laurentides	0	8	5	0	0	20	0	0
■ Laval	0	5	11	0	0	0	0	0
■ Mauricie-Centre du Québec	0	0	0	0	0	0	0	42
■ Montérégie	13	17	8	92	0	0	0	1
■ Montréal	14	14	64	0	0	0	0	0
■ Nunavik	3	0	2	0	0	0	0	0
■ Québec	0	0	1	0	0	0	0	0
■ Autres	0	2	0	0	0	0	0	0

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

**Protocole d'entente
du tronc commun**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole	60
Les usagers	62
Cheminement implanté de la clientèle	63
Critères d'orientation	64
Mécanismes de liaison et de communication	70
Partage global de l'offre de services	73
Offre de services	75
Structure organisationnelle d'implantation	81
Partage des connaissances	85
Évaluation concertée	86
Plan d'action du tronc commun	87
Dispositions particulières	95
Les signataires	96
Annexe – Tableau Partage des connaissances	97

Préambule au protocole

Buts du Consortium interrégional :

- partager une vision commune des besoins des usagers et services nécessaires et se rendre imputable de la continuité dans l'offre de services;
- se concerter sur un partage de l'offre de services répondant de façon optimale aux besoins des usagers en fonction de la désignation de chacun des établissements;
- assurer la coordination et la continuité des soins et des services par le biais des corridors de services encadrés par les ententes formelles;
- adhérer aux modalités de développement et de transfert des connaissances entre les établissements et partager les connaissances et l'expertise développées par chacun;
- travailler en collaboration avec les partenaires en amont et en aval (CSSS, milieu associatif, milieu scolaire, milieu de garde) et s'assurer de l'arrimage avec les Consortiums TCC adultes;
- participer au mécanisme visant l'évaluation de l'atteinte des objectifs ciblés par le Consortium et soutenir le mécanisme de suivi du présent protocole;
- convenir des objectifs organisationnels prioritaires et des grandes orientations cliniques afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des services aux usagers;
- élaborer un plan d'action visant le déploiement et la consolidation du Consortium.

Principes et valeurs

Dans le document relié à l'élaboration et l'implantation du Consortium, le MSSS précise les balises liées à la personne, à l'organisation des services et aux facteurs cliniques. Les membres du présent Consortium reprennent ces balises qui serviront de guide pour développer les phases d'élaboration et d'implantation du Consortium.

En regard de l'enfant et de l'adolescent :

- l'utilisateur et son réseau naturel de soutien constituent le point de référence pour l'organisation des services;
- l'approche préconisée vise la réduction des incapacités et le retour de l'enfant ou de l'adolescent à un niveau de développement biopsychosocial adéquat;
- les modalités d'intervention doivent s'inscrire dans une approche pédagogique afin d'assurer la participation active de la famille au plan de services et l'assimilation durable des acquis de la réadaptation;
- la dispensation équitable des soins et services doit être assurée pour l'ensemble des enfants et des adolescents, sans égard à la présence ou non d'agent payeur.

En regard à l'organisation des services :

- l'organisation des services doit se réaliser tout au long du continuum dans un partage des responsabilités entre les établissements du réseau de la santé et de services sociaux, les organismes communautaires, les milieux scolaires et les milieux de garde;
- l'organisation des services doit permettre l'intégration et la complémentarité des différents niveaux d'intervention et favoriser l'imputabilité des acteurs en fonction de leurs responsabilités dans le continuum de services;
- l'organisation et la dispensation des services doivent reposer sur les connaissances scientifiques et cliniques les plus récentes;
- l'organisation des services doit s'effectuer de manière à assurer l'efficience et l'efficacité.

En regard aux facteurs cliniques :

- chacun des établissements membres du Consortium s'engage à respecter les balises spécifiées par le MSSS. L'organisation clinique n'étant pas une prérogative du Consortium, les énoncés qui s'y rattachent ne seront pas énumérés.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

Les CH tertiaires respectent l'orientation ministérielle spécifiant qu'ils doivent offrir les soins et services aux enfants et adolescents de moins de 16 ans. Les centres de réadaptation régionaux s'engagent à desservir les enfants et adolescents de 0 à 18 ans ou selon leur profil occupationnel et d'assurer un transfert harmonieux au programme adulte par la suite, selon les besoins.

Définition du traumatisme craniocérébral

La définition de traumatisme craniocérébral retenue par les membres du consortium est celle employée par le MSSS et entérinée par une majorité d'experts :

« Le traumatisme craniocérébral représente une atteinte cérébrale, excluant toute étiologie dégénérative ou congénitale, causée par une force physique extérieure susceptible de déclencher une diminution ou une altération de l'état de conscience avec la perturbation des fonctions cognitives associées ou non à une dysfonction physique; des modifications du comportement et de l'état émotionnel peuvent également être observées. L'incapacité qui résulte du traumatisme est soit temporaire, soit permanente avec des limitations physiques, neurologiques ou psychosociales partielles ou totales ».⁵

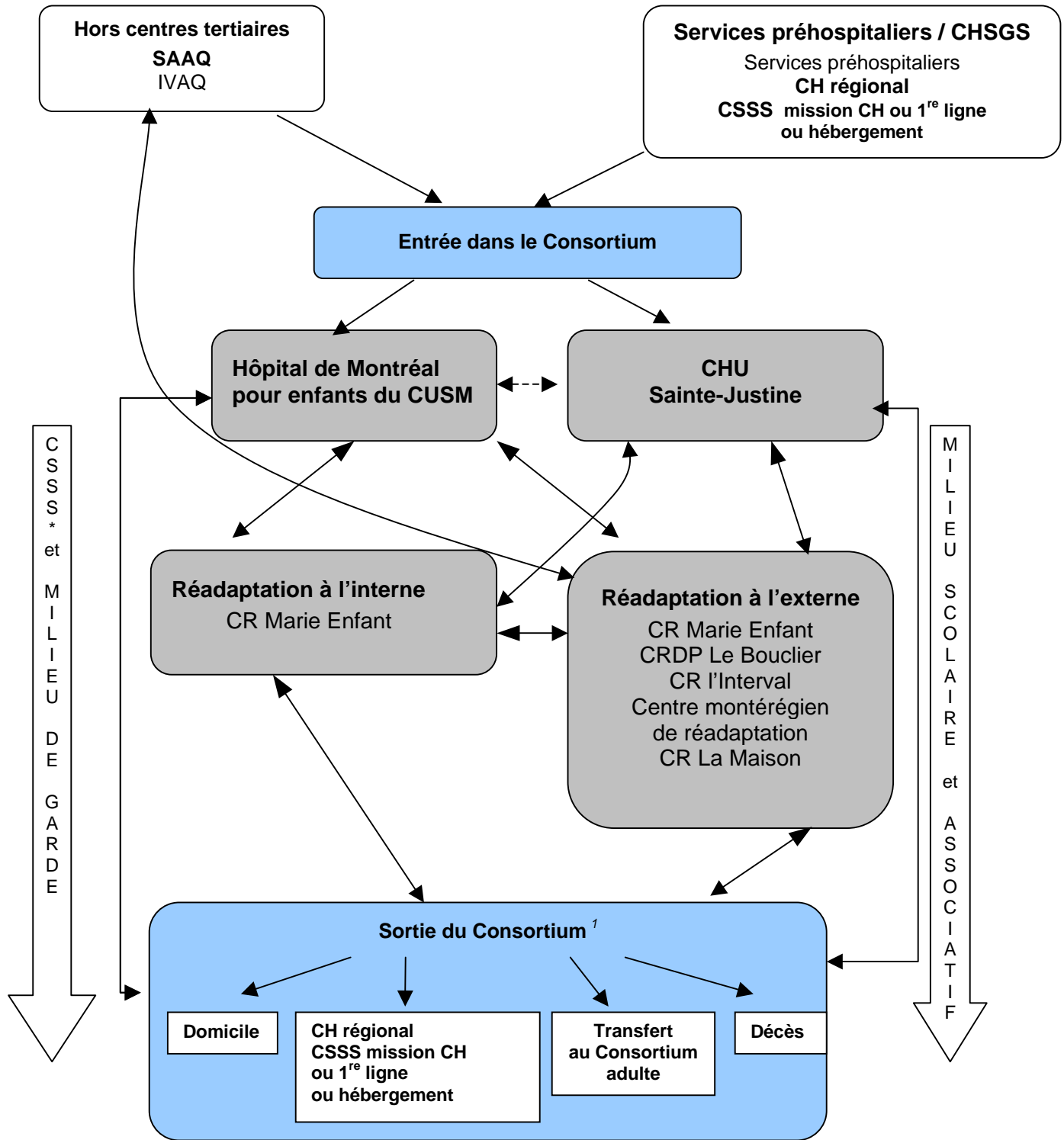
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents du Consortium interrégional est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Le Consortium convient que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

⁵ GERVAIS, Marie et DUBÉ Sylvie. *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec - Rapport de recherche*, Québec, février 1999, p. 8.

Cheminement implanté de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Critères d'orientation

Le cheminement des usagers dans le Consortium est d'abord défini en fonction des besoins spécifiques de l'utilisateur tout en considérant ses préoccupations et celles de ses proches, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium. Ainsi, le passage d'un établissement de courte durée vers un établissement de réadaptation sera conditionné par l'expression d'un besoin pouvant être mieux répondu par des services de réadaptation sur une base interne ou externe, dont le but ultime est de permettre à l'enfant ou à l'adolescent de reprendre ses habitudes de vie, le plus rapidement possible, dans son milieu de vie. Les établissements du Consortium s'entendent pour appliquer les critères tout en s'assurant que l'enfant ou l'adolescent retourne le plus rapidement possible dans sa région d'origine, en fonction des besoins qu'il présente.

Sur cette base, le Consortium définit des critères formels d'orientation des usagers à chacun des niveaux d'intervention à l'intérieur des établissements membres et implique les milieux associatifs (ex : AQTC) et les CSSS aux différentes étapes du cheminement de l'utilisateur, si ce dernier en démontre le besoin.

Chaque usager est un cas unique et il serait contraire à la qualité des soins de penser uniformiser administrativement l'orientation des enfants et adolescents au-delà du jugement clinique fondé sur les critères d'orientation que vous trouverez ci-après :

Critères d'orientation

Phases	Critères		Commentaires
	Début	Fin	
Santé physique et réadaptation précoce	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Enfant ou adolescent de moins de 16 ans ❑ Enfant ou adolescent ayant une blessure à la tête avec un Glasgow <14 ou une déficience neurologique ou une fracture du crâne avec déficience neurologique.* 	<p>Les critères de fin seront énumérés en fonction des trois principaux profils évolutifs :</p> <p>1) Enfant ou adolescent transféré en URFI (interne CRME)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Enfant ou adolescent médicalement stable : <ul style="list-style-type: none"> ▪ signes vitaux dans les limites de la normale; ▪ respiration spontanée, avec ou sans trachéotomie (sauf trachéotomie avec sténose); ▪ épreuves de laboratoire dans les limites de la normale selon sa condition pré-événement; ▪ aucune intervention chirurgicale et médicale ni aucune procédure urgente prévue dans l'immédiat; ▪ absence de blessure potentiellement fatale; ▪ absence de risque de passage à l'acte suicidaire et d'état psychotique. ▪ nécessite des soins médicaux et infirmiers en milieu institutionnel, et des services de réadaptation visant la récupération des capacités et l'acquisition d'habiletés compensatoires reliées à l'autonomie personnelle 	

* Note : en conformité avec les orientations ministérielles

Phases	Critères		Commentaires
	Début	Fin	
Santé physique et réadaptation précoce (suite)		<ul style="list-style-type: none"> ❑ Période initiale d'agitation post-traumatique suffisamment contrôlée ❑ Capacité d'interaction observable avec l'environnement et capacité d'obéir à des ordres simples de façon répétitive vis-à-vis plusieurs intervenants <p>Exceptionnellement, le critère précédent peut ne pas être présent (enfant ou adolescent avec un pronostic sombre) et le jeune sera quand même transféré à l'URFI interne pour une période d'essai de réadaptation de trois mois).</p> <p>2) Enfant ou adolescent transféré en CR externe</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Capacité de l'enfant ou de l'adolescent de réintégrer son milieu de vie ❑ L'enfant ou l'adolescent présentant des incapacités interférant avec la réalisation satisfaisante des habitudes de vie et la reprise des rôles significatifs, selon son âge <p>3) Enfant ou adolescent, retour à domicile sans référence en CR</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Enfant ou adolescent qui a repris l'ensemble des habitudes de vie reliées à son âge et qui nécessite une implication unidisciplinaire de moins d'un mois. 	Situation exceptionnelle

Phases	Critères		Commentaires
	Début	Fin	
Réadaptation à l'interne	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Enfant ou adolescent médicalement stable qui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessite des soins médicaux et infirmiers en milieu institutionnel et des services de réadaptation visant la récupération des capacités et l'acquisition d'habiletés compensatoires reliées à l'autonomie personnelle (AVQ, nutrition, déplacement, hygiène, etc.) ❑ Enfant ou adolescent présentant une capacité d'interaction observable avec l'environnement et capable d'obéir à des ordres simples de façon répétitive vis-à-vis plusieurs intervenants. ❑ Par ailleurs, pour l'enfant ou l'adolescent pour lequel le pronostic est sombre, une période d'essai de réadaptation d'une durée de trois mois est prévue. ❑ Impossibilité pour l'enfant ou l'adolescent de retourner dans sa région pour recevoir de la réadaptation en externe en raison de l'incapacité de la famille à le recevoir ou en raison d'obstacles architecturaux du domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Enfant ou adolescent ne nécessitant plus de soins médicaux et infirmiers soutenus en milieu institutionnel ❑ Récupération des capacités lui permettant de réintégrer avec ou sans aide son milieu de vie de façon sécuritaire. ❑ Refus de service; si présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, signalement à la DPJ. 	

Phases	Critères		Commentaires
	Début	Fin	
Réadaptation en externe	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Capacité de l'enfant ou de l'adolescent de réintégrer un milieu de vie dans sa région, certains soins pouvant être assurés par le CSSS ou des organismes partenaires de la région ❑ Enfant ou adolescent présentant des incapacités interférant avec la réalisation satisfaisante des habitudes de vie et la reprise des rôles significatifs selon les exigences de son âge ❑ Capacité de l'enfant ou de l'adolescent de participer à un programme de réadaptation au centre de réadaptation ou dans son milieu de vie ❑ Capacité pour l'enfant ou l'adolescent de réaliser les habiletés d'autonomie personnelle de base, avec ou sans aide, de façon sécuritaire, dans son milieu de vie (AVQ, nutrition, déplacement, hygiène, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Reprise optimale des habitudes de vie de l'enfant ou de l'adolescent selon les exigences de son âge et pour lequel on n'anticipe aucun besoin de réadaptation, intégration et participation sociale ❑ Refus de service; si présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, signalement à la DPJ 	

À toute étape du cheminement dans le Consortium		
De retour en centre hospitalier tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conditions médicales associées qui requièrent une hospitalisation et l'expertise du centre tertiaire 	
De retour dans la région d'origine pour hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En attente d'hébergement en raison de l'incapacité de prise en charge par son milieu naturel et sans potentiel de réadaptation. (Une période de transition de deux ans est prévue au plan d'action pour permettre un tel retour dans une ressource appropriée). <input type="checkbox"/> À la suite d'un essai de thérapie au Centre de réadaptation Marie Enfant à l'interne (selon les mesures de transition établies) 	

Critères de sortie du Consortium		
Pour tous les établissements du Consortium	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lorsque le profil fonctionnel du jeune nécessite l'expertise de l'équipe adulte (transfert et arrimage avec le Consortium adulte) <input type="checkbox"/> Pour l'enfant qui a repris de façon optimale ses habitudes de vie appropriées à son âge et dont le suivi en réadaptation a été cessé <input type="checkbox"/> Refus de service; si présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, signalement à la DPJ <input type="checkbox"/> Lors du décès <input type="checkbox"/> Lors d'un déménagement, arrimage avec le consortium désigné 	

Critères de rentrée dans le Consortium interrégional		
Pour tous les établissements du Consortium	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problématique liée au traumatisme et nécessitant l'intervention d'un établissement du Consortium interrégional <input type="checkbox"/> Chacun des établissements s'engage à évaluer, sur une base individuelle, toute nouvelle demande pour déterminer la nature des besoins et diriger l'utilisateur vers la ressource appropriée <input type="checkbox"/> La planification d'un mécanisme de rentrée dans le Consortium est incluse dans le plan d'action 	

Mécanismes de liaison et de communication

En regard du centre hospitalier tertiaire

Lors de l'admission / inscription :

- contact téléphonique d'urgentiste à urgentiste, ou médecin responsable à médecin responsable, dans les cas de transfert interhospitalier;
- réception des dossiers de transfert interhospitalier;
- communication entre les services préhospitaliers et l'infirmière de la salle d'urgence;
- réception du formulaire de prise en charge préhospitalière.

Lors du séjour :

- signalement systématique au centre de réadaptation régional;
- communication de la coordonnatrice du centre hospitalier avec l'agent de liaison du CRME ou du centre de réadaptation régional afin de préparer le transfert de ces usagers;
- dans le cas où l'enfant serait dans l'impossibilité de retourner à domicile en raison d'obstacles environnementaux, discussion entre les trois établissements pour déterminer l'orientation la plus adéquate;*
- envoi des documents requis pour documenter la condition médicale initiale;
- contacts fréquents entre les coordonnatrices cliniques des CH tertiaires et l'agent de liaison du centre de réadaptation pour assurer le suivi des demandes de services;
- envoi des rapports écrits aux établissements partenaires, dès qu'ils sont disponibles;
- lors d'un transfert à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive du CRME, en fin de séjour dans le centre tertiaire, visite pré-admission et entrevue d'accueil pour les parents et l'enfant (si pertinent); cette rencontre est convoquée par le travailleur social du CRME après concertation avec la coordonnatrice du centre hospitalier.

Lors du retour en centre hospitalier (réadmission) :

- retour pour complication médicale ou chirurgicale : selon le cas, communication avec la salle d'urgence ou la coordonnatrice clinique du centre hospitalier; la documentation pertinente doit accompagner l'usager.

En regard du Centre de réadaptation Marie Enfant

Lors de l'admission :

- réception de l'avis concernant les usagers qui seront dirigés à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive par l'agent de liaison du programme;
- contacts fréquents entre les coordonnatrices cliniques des centres hospitaliers tertiaires et l'agent de liaison du centre de réadaptation pour assurer le suivi des demandes de services et pour planifier la date d'admission;
- réception et étude des dossiers des clients référés;
- identification des besoins de services en réadaptation par la coordonnatrice clinique chargée de l'admission et de l'inscription;

* Tel que défini par les critères d'orientation

- visite pré-admission et entrevue d'accueil faites au CRME pour les parents et l'enfant (si pertinent); visite au centre hospitalier tertiaire par des intervenants CRME, pour des situations complexes.

Lors du séjour à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive :

- au début du séjour, appel de la coordonnatrice clinique du CRME à la coordonnatrice du centre de réadaptation régional afin de l'informer de la venue éventuelle d'un usager et de convenir des modalités de suivi avant le transfert (au besoin, invitation aux PI ou autre...);
- envoi des documents requis à l'étude du dossier;
- information, au centre de réadaptation régional, de tout changement significatif du plan établi;
- planification d'un PI conjoint :
 - pour les usagers de Montréal : liens avec le CSSS, les commissions scolaires et le milieu de garde au besoin;
 - pour les usagers des autres régions : le CR régional communique avec le CSSS de la région selon les ententes pré-établies prévues entre les établissements;
- démarches pour favoriser la visibilité du milieu associatif régional.

Lors du transfert / congé du CRME vers le CR régional :

- planification concertée avec le centre de réadaptation régional; il y a d'abord entente au sujet de la date prévue de transfert, puis sur les modalités du transfert;
- rencontre entre le CRME et le représentant du centre de réadaptation régional afin d'échanger sur l'identification des besoins de l'enfant ou de l'adolescent, les orientations thérapeutiques, la planification des services et la date de retour dans sa région;
- possibilité d'un suivi conjoint (interétablissements) pour un transfert progressif à l'externe;
- transmission de tous les documents pertinents au transfert dans les meilleurs délais;
- au besoin, échange d'informations entre les intervenants des différentes disciplines professionnelles des établissements partenaires;
- contact avec le CR régional pour amorcer les démarches d'hébergement à la suite de l'échec de réadaptation pour les enfants à profil de récupération lente.

En regard du Centre de réadaptation régional

Lors de la procédure d'inscription :

- réception de l'avis concernant les usagers qui seront dirigés en réadaptation externe, par l'agent de liaison du programme;
- contacts fréquents entre les coordonnatrices cliniques des centres hospitaliers ou du CRME et l'agent de liaison du centre de réadaptation pour assurer le suivi des demandes de services et pour planifier le moment prévu pour la date d'inscription;
- réception et étude des dossiers des clients référés;
- identification des besoins de services en réadaptation externe par la coordonnatrice clinique chargée de l'inscription.

Lors du suivi :

- liens avec le CSSS, la commission scolaire et le milieu de garde, au besoin, et avec le milieu associatif régional.

Lors du congé du CR régional :

- le CR régional s'assure du transfert du suivi médical et des liens avec les CSSS et des ressources de la communauté, appropriées aux besoins de l'utilisateur.

Lors du transfert dans le Consortium adulte :

- le CR régional s'assure du transfert du suivi médical et du suivi par le programme adulte du même ou d'un autre centre de réadaptation, des liens avec les CSSS et les ressources de la communauté appropriées aux besoins de l'utilisateur, au-delà de l'âge de 18 ans ou selon le profil fonctionnel.

En regard du milieu associatif**Lors de l'inscription :**

- les références proviennent du CRME ou d'un centre de réadaptation régional, sur une base volontaire de la part des usagers ou de leurs proches;
- les références proviennent également des usagers dans la communauté ou de leurs familles, des CSSS et autres cliniques médicales communautaires, des intervenants en privé (éducateurs, psychologues) et de certaines écoles;
- les usagers (enfants et proches) peuvent se présenter, accompagnés d'un intervenant d'un centre en amont, afin de faciliter la transition;
- une évaluation est effectuée par un intervenant psychosocial pour identifier les besoins; cette évaluation permet de faire le point sur la situation psychosociale de l'individu et de clarifier sa demande.

Services offerts aux membres :

- les discussions de cas clinique ou encore la concertation pour l'élaboration d'un plan d'intervention, lorsque nécessaire, est une pratique courante au sein de l'association. Elle reste cependant à développer entre les centres de réadaptation et les associations. Cela faciliterait l'intégration de la personne dans la collectivité et permettrait un meilleur suivi sur le maintien des acquis.

Soutien long terme :

- sur une base volontaire.

Partage global de l'offre de services

Les parties signataires de cette entente ont été désignées par le Ministère pour offrir des soins et services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère et font partie intégrante du réseau de neurotraumatologie québécois. Leurs mandats propres sous-tendent la nécessité d'offrir des soins et services complémentaires. Les établissements respectent le mandat qui lui est conféré et aucun service supplétif n'apparaît nécessaire pour desservir la clientèle sauf pour des services spécifiques en audiologie (ex : potentiel évoqué). Les établissements offrant des services surspécialisés n'ont pas encore fait l'objet d'une désignation du MSSS.

Le schéma suivant présente le partage de l'offre de soins et services pour le Consortium pédiatrique de l'Ouest du Québec.

Chacune des régions assure les bons services au bon moment et avec l'intensité requise pour chaque enfant ou adolescent desservi.

Partage global de l'offre de services

Continuum de soins et services			Consortium interrégional TCC enfants					
		Promotion et prévention	Services de santé physique		Services de réadaptation			
Planification des soins et services			Soins médicaux aigus	Réadaptation précoce	URFI	Réadaptation externe	Services surspécialisés ¹	Suivi long terme
- Agence de Montréal - Agence de Laval	Hôpital de Montréal pour enfants (CUSM)							
	CHU Sainte-Justine							
	Centre de réadaptation Marie Enfant							Jusqu'à 18 ans
Agence de la Montérégie	Centre montréalais de réadaptation							↓
- Agence des Laurentides - Agence de Lanaudière	Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier							↓
Agence de l'Abitibi- Témiscamingue	Centre de réadaptation La Maison							↓
Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Centre de réadaptation InterVal							
	CSSS		Partenaire du processus de réadaptation					
	Milieu associatif		Partenaire du processus de réadaptation					

Note ¹ : le Centre de réadaptation Marie Enfant est en attente de désignation pour les services pédiatriques surspécialisés

Offre de services

Les parties ont convenu d'une offre de services complète couvrant toutes les étapes du cheminement de l'utilisateur dans le Consortium.

Cette offre est définie à partir du modèle conceptuel du processus de production du handicap (PPH) et en utilise la nomenclature.

L'ensemble de l'offre de services prévoit :

- assurer à l'enfant, l'adolescent et sa famille, des soins et services continus et complémentaires;
- permettre l'acquisition et l'utilisation des connaissances quant à l'impact du TCC sur l'ensemble des sphères de l'autonomie afin de favoriser l'adaptation aux changements découlant de la situation de handicap créée par le traumatisme;
- viser l'autodétermination et l'appropriation par l'enfant, l'adolescent et sa famille des objectifs de sa réadaptation.

Les usagers ayant subi un TCC modéré ou sévère peuvent s'appuyer sur l'expertise d'une équipe interdisciplinaire dans chacun des établissements. L'équipe se compose des professionnels de la santé, spécialisés dans les domaines médical, paramédical, de réadaptation, de soins infirmiers et de soutien.

Offre de services	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRDP régional	Association régionale TCC
1. En lien avec les déficiences					
1.1 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.					
1.2 Assurer la stabilisation médicale.					
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.					
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.					
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.					
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.					
2. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.					
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.					

Offre de services	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRDP régional	Association régionale TCC
2.3 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.					
2.4 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.					
2.5 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau du développement de l'enfant et de l'adolescent.					
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.					
3. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).					
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.					

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Offre de services	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRDP régional	Association régionale TCC
4. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.					
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.					
5. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).					
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie. 					

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Offre de services	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRDP régional	Association régionale TCC
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.					
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 					
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
5.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.					
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 					

Offre de services	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRDP régional	Association régionale TCC
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
▪ Assurer la reprise de la scolarisation.					
▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire.					
▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.					
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs.					
▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.					
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail.					

Structure organisationnelle d'implantation

Le Consortium de l'Ouest s'est doté d'une structure à trois paliers pour favoriser la mise en place, le développement et la consolidation du Consortium.

Comité stratégique

Le comité stratégique est responsable de tracer les grandes orientations et d'entériner les solutions globales proposées par le comité directeur pour résoudre les difficultés présentées dans l'actualisation du Consortium. Il est redevable envers toutes décisions d'ordre financier et stratégique. Il mandate de façon claire les comités de la structure retenue pour tracer les orientations et actualiser l'implantation du Consortium.

Le président du comité directeur est invité d'office aux rencontres du comité stratégique pour s'assurer de la continuité des travaux et pour éclairer les membres du comité stratégique face aux travaux présentés.

Comité directeur

Le comité directeur est responsable de l'actualisation de la planification, de l'organisation, de la coordination et de l'évaluation des continuums de soins et services, tel que défini par le comité stratégique. Il assure l'articulation entre les établissements et les régions et le respect des éléments du tronc commun du protocole d'entente. Il mandate le comité de coordination pour les travaux permettant d'actualiser les axes de travail présents dans le plan d'action.

Le président du comité de coordination est invité d'office aux rencontres du comité directeur pour s'assurer de la continuité des travaux et pour éclairer les membres du comité directeur face aux travaux présentés.

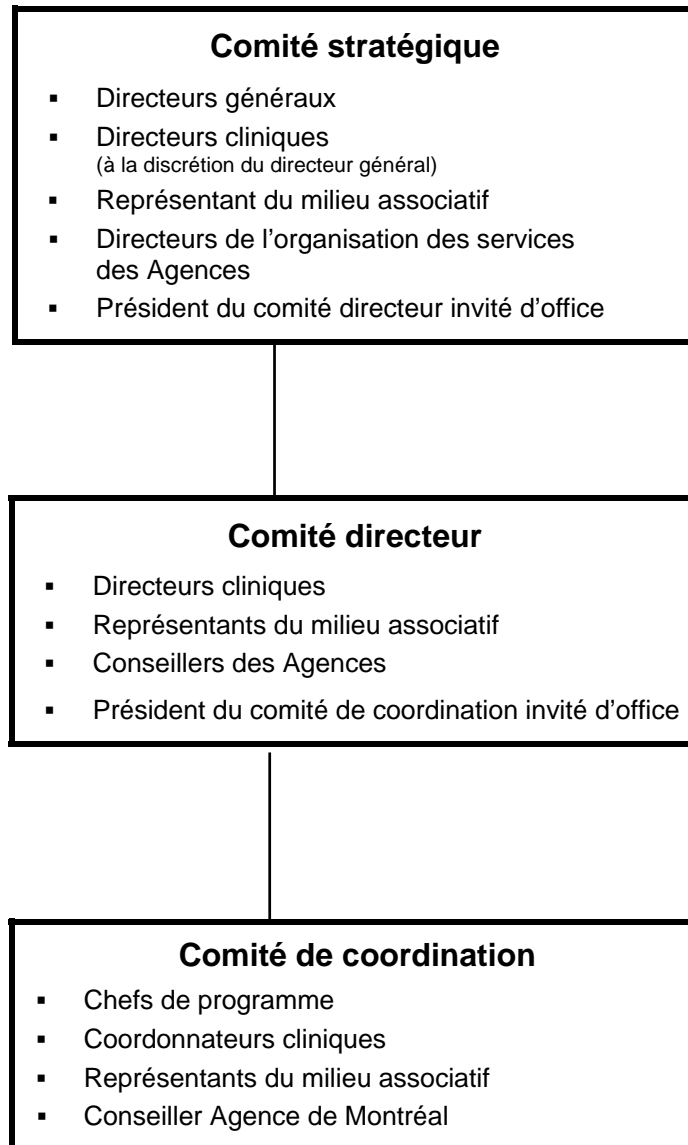
Comité de coordination

Le comité de coordination est responsable de l'application du protocole d'entente et s'assure du bon fonctionnement entre les établissements. Il solutionne des difficultés d'ordre opérationnel et propose des solutions au comité directeur pour tout litige qui ne relève pas de son niveau de responsabilité.

Le comité de coordination prévoit tenir des rencontres par corridor de services pour mieux répondre aux préoccupations régionales. Les membres de ces sous-comités sont ceux directement impliqués par le corridor visé.

Le tableau suivant présente la structure et la composition des comités. Les rôles et responsabilités des comités pour la phase d'implantation sont présentés subséquemment.

Structure organisationnelle d'implantation



Le comité stratégique

Composition :

- directeur général de chacun des établissements impliqués ou son représentant et, à sa discrétion, accompagné ou non de son directeur clinique
- représentant du milieu associatif
- directeur de l'organisation des services de chacune des sept agences impliquées ou son équivalent
- président du comité directeur invité d'office

Rôle et responsabilités :

- entériner le protocole d'entente du Consortium;
- assurer le suivi du plan d'action du tronc commun en lien avec les plans d'action régionaux, pour l'implantation complète du Consortium;
- soumettre au groupe-conseil les travaux des comités.

Responsables :

Les deux co-présidents, Mme Pauline Turpin, directrice générale adjointe du CH Sainte-Justine et du Centre de réadaptation Marie Enfant et M. Robert Johnson, coordonnateur à l'Agence de la Montérégie.

Le comité directeur

Composition :

- directeur clinique de chacun des établissements impliqués ou son équivalent
- agent de planification ou conseiller porteur de dossier de chacune des agences impliquées
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires
- président du comité de coordination invité d'office

Rôle et responsabilités :

- convenir des mécanismes de cueillette des données relatives à la clientèle desservie;
- convenir du modèle d'instauration des corridors de services;
- assurer le suivi de l'offre de services;
- assurer le respect des critères d'orientation;
- assurer le suivi des mécanismes de liaison et de communication;
- proposer un modèle de démarche d'évaluation concertée;
- convenir des modalités de partage des connaissances;
- assurer le suivi du plan d'action du tronc commun pour l'implantation du Consortium;
- assurer le suivi des plans d'action régionaux en lien avec les représentants des agences;
- soumettre au comité stratégique les travaux du comité.

Président :

Alain Giroux, directeur des services professionnels et des programmes de réadaptation, Centre de réadaptation en déficience physique, Le Bouclier

Le comité de coordination

Composition :

- chef de programme de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- coordonnateur clinico-administratif de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- représentant du milieu associatif ou communautaire
- conseillère de l'Agence de Montréal

Rôle et responsabilités :

- faire la cueillette des données relatives à la clientèle desservie;
- instaurer les corridors de services;
- assurer l'arrimage des établissements dans le respect du modèle d'offre de services;
- actualiser les mécanismes de liaison de communication;
- soulever les obstacles liés à l'offre et à l'organisation de services et proposer des pistes de solution;
- contribuer à préciser un modèle de démarche d'évaluation concertée de la qualité des soins et services;
- soumettre au comité directeur les travaux du comité.

Présidente :

Bonita Laau, chef de programme, Centre de réadaptation Marie-Enfant

Partage des connaissances

Les sept établissements du Consortium prévoient, réalisent ou participent à chaque année à des activités de formation. Les tableaux présentés illustrent pour l'année 2003-2004 les activités auxquelles ont pris part les intervenants du Consortium. Le travail de collaboration et de partage des connaissances est réalisé de façon informelle en participant à des sessions communes organisées par le réseau ou par la SAAQ. Par contre, pour le moment, aucun mécanisme formel de partage des connaissances n'est présent mais les établissements s'engagent, tel que précisé dans le plan d'action, à développer cet aspect.

Les tableaux sont présentés en annexe I.

Évaluation concertée

La phase d'implantation du Consortium prévoit, tel que défini dans le plan d'action, un mécanisme d'évaluation concertée.

La démarche est précisée à l'objectif organisationnel IV et prévoit un arrimage avec les travaux débutés par le Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

Chacun des établissements du Consortium interrégional pédiatrique dispose également de l'expertise de conseillers en évaluation de programme qui pourront être mis à profit pour implanter une telle démarche dans les établissements.

Les établissements du Consortium s'engagent à mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation concertée pour s'assurer :

- d'une meilleure connaissance de la clientèle desservie;
- de la satisfaction de l'utilisateur concernant son cheminement dans le Consortium;
- du respect des critères d'orientation et des mécanismes de liaison convenus;
- du suivi des travaux des comités;
- du niveau d'implantation du Consortium.

Plan d'action du tronc commun

Les objectifs organisationnels du plan d'action du tronc commun ont été déterminés à partir des éléments de la matrice et des éléments soulevés pendant la phase d'élaboration et qui faisaient obstacles à la continuité et la fluidité des soins et services au sein du Consortium. Chacun des objectifs identifie la problématique qu'il entend pallier, présente les objectifs spécifiques, les moyens mis en œuvre pour les solutionner, les instances responsables et les échéances fixées.

Les établissements du Consortium et les agences régionales s'engagent à respecter le plan d'action et à collaborer activement à sa réalisation. Il vise l'amélioration de l'offre de soins et services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

Les objectifs organisationnels ont été définis par priorité comme suit :

Objectif I :

Assurer l'accessibilité aux services

Objectif II :

Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Objectif III :

Documenter le profil de la clientèle desservie

Objectif IV :

Assurer le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium

Objectif V :

Consolider et harmoniser la gamme de services pour le suivi à long terme de la clientèle, selon le groupe d'âge et le milieu de vie

Objectif VI :

Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants et adolescents ayant un trouble grave de comportement

Les objectifs I à IV ont été priorisés et chacun comporte des échéanciers spécifiques. Par contre, les membres du Consortium se sont entendus pour amorcer les travaux en lien avec les deux derniers objectifs après les trois premières années d'implantation. Chaque agence régionale dépose également un plan d'action régional pour appuyer l'implantation du Consortium dans chaque région et ainsi consolider le déploiement du Consortium.

Plan d'action

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique :

Rétention ou méconnaissance des critères de transferts de certains CH vers les CH tertiaires désignés. Pénurie de ressources d'hébergement adaptées à la clientèle pédiatrique.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'entrée dans le Consortium par les CH tertiaires désignés	<ul style="list-style-type: none">- Documenter et s'assurer que les enfants ayant subi un TCC modéré ou sévère des régions couvertes par le Consortium y entrent par les CH tertiaires<ul style="list-style-type: none">▪ identifier les volumes d'usagers ciblés▪ identifier les pistes de solutions- Entériner les pistes de solutions- Consolider les mécanismes de transfert des CH régionaux vers les CH tertiaires- Dénouer les litiges de transfert	<ul style="list-style-type: none">- Comité régional de trauma (représentants des Agences font rapport au comité stratégique)- Comité de coordination- Comité de coordination- Comité directeur- Comité directeur en lien avec le comité régional de trauma- Comité stratégique et agences concernées	<p>Printemps 2007 puis bilan annuel déposé au comité directeur</p> <p>Printemps 2009 Automne 2009</p> <p>En continu</p>

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

<p>1.2 Développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les modalités d'application pendant la période de transition de deux ans - Documenter les besoins des usagers : <ul style="list-style-type: none"> ▪ identifier les problématiques ▪ identifier le volume d'usagers ciblé ▪ identifier les pistes de solution - Émettre des hypothèses en lien avec les plans d'action régionaux - Réviser les ententes et les éléments de la matrice concernés - Entériner les ententes et les éléments de la matrice modifiés - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Entériner les orientations reliées au développement des ressources d'hébergement ainsi que de leur financement - Assurer l'implantation 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique en conformité avec les plans d'action régionaux - Comité directeur 	<p>Juin 2006</p> <p>Automne 2006</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Printemps 2007</p> <p>Automne 2007</p> <p>Automne 2007</p> <p>Automne 2007</p> <p>Hiver 2008</p> <p>Mars 2008</p>
<p>1.3 Définir le type d'intervention préventive pour une intégration scolaire réussie, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter le volume - Documenter les besoins - Définir les mécanismes de liaison et de communication en lien avec l'objectif II - Identifier le dispensateur de services - Entériner les orientations 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur - Comité stratégique 	<p>Automne 2006</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Printemps 2007</p>
<p>1.4 Définir les corridors de services et revoir les ententes interétablissements pour l'orientation en CH tertiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les orientations inter RUIS et les orientations ministérielles 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail composé de représentants des agences et des CH tertiaires 	<p>À venir</p>
<p>1.5 Définir au plan du suivi médical, la complémentarité entre les CH tertiaires et le centre montérégien de réadaptation</p>	<p>Mettre en place un comité de travail</p> <p>Appliquer les recommandations du groupe de travail</p>	<p>Médecins de HME-HSJ et CMR</p> <p>Comité stratégique</p>	<p>Printemps 2006</p> <p>Automne 2006</p>

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique :

Quelques éléments spécifiques des mécanismes de transfert et de rentrée restent à définir.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
2.1 Définir les mécanismes de rentrée dans le Consortium	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les situations de rentrée - Définir les critères de rentrée - Proposer des mécanismes de rentrée - Définir les mécanismes de rentrée par le biais des plans d'action régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Comité directeur et Agences régionales 	Automne 2006 Automne 2006 Automne 2006 Printemps 2007
2.2.1 Consolider et assurer la transition de la clientèle hospitalière de plus de 16 ans ou selon le profil occupationnel en milieu adulte 2.2.2 Consolider et assurer la transition de la clientèle de réadaptation de + de 18 ans en milieu adulte	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter la clientèle ciblée - Proposer des mécanismes de transfert avec les Consortiums adultes - Actualiser les mécanismes de transferts entre les Consortiums 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Comités de coordination des Consortiums adultes et enfants - Comité directeur 	Automne 2006 Hiver 2007 Hiver 2008
2.3 Consolider les mécanismes de transfert entre les établissements du consortium	<ul style="list-style-type: none"> - Définir, lors de la sortie du consortium des CH tertiaire vers le domicile, l'implication des établissements régionaux - Produire un formulaire de référence commun - Entériner le formulaire en concordance avec la politique de dossiers de chacun des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité directeur - Comité de coordination - Comité directeur 	Hiver 2007 Hiver 2008 Hiver 2009

Objectif organisationnel III
Documenter le profil de la clientèle desservie

Problématique :

Absence d'une banque de données uniformisée en trauma pédiatrique.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.1 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Établir l'inventaire des données administratives et cliniques - Identifier les besoins d'information - Évaluer la capacité des systèmes à fournir l'information souhaitée (établir les liens avec le MSSS des priorités à venir et s'arrimer avec les régions) - Évaluer la modalité la plus pertinente pour recevoir des données probantes - Établir les priorités, statuer et implanter le système choisi à partir des systèmes présents dans les établissements - S'assurer de l'identification des degrés de sévérité au dossier médical de l'utilisateur - Entériner l'outil commun développé 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité d'évaluation de programme - Comité directeur - Comité directeur - Comité de coordination - Comité stratégique 	<p>Automne 2007</p> <p>Automne 2007 Hiver 2008 ou selon l'échéancier ministériel</p> <p>Selon l'échéancier ministériel Selon l'échéancier ministériel</p> <p>À venir</p> <p>À venir</p>
3.2 Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un consentement de l'utilisateur pour la diffusion des informations au sein des établissements du consortium - Valider auprès des instances juridiques la validité d'un tel consentement 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de travail des CH tertiaires en lien avec le comité directeur - Comité stratégique 	<p>Automne 2007</p> <p>Automne 2008</p>
3.3 Élaborer un plan concerté de partage des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins - Définir les modes de transmission des connaissances - S'assurer de la mise en œuvre du plan 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur 	<p>Printemps 2007 Automne 2007</p> <p>Automne 2008</p>

Objectif organisationnel IV
Assurer le monitoring, le suivi de gestion
et l'évaluation concertée du Consortium

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concertée du niveau d'implantation du consortium

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
4.1 Procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium en lien avec le Consortium interrégional adulte de l'Ouest du Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer la démarche d'évaluation de l'implantation du Consortium - Former un comité d'évaluation - Proposer les indicateurs pertinents en fonction d'un cadre logique choisi - Identifier les responsables de cueillette des données - Actualiser la démarche d'évaluation de l'implantation du Consortium - Déposer au MSSS un bilan annuel du niveau d'implantation du Consortium 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité directeur - Comité directeur - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique - Comité stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> Automne 2006 Automne 2006 Automne 2007 Automne 2007 Automne 2009 Annuellement

Objectif organisationnel V
**Consolider et harmoniser la gamme de services
pour le suivi à long terme de la clientèle,
selon le groupe d'âge et le milieu de vie**

Problématique :

Procédure de suivi long terme variable entre les établissements.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
5.1 Harmoniser les paramètres de suivi long terme de la clientèle entre les centres de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Définir avec précision la nature et les paramètres du suivi long terme - Produire un cadre de référence du suivi long terme - Assurer l'application du cadre de référence 	Comité de coordination Comité de coordination Comité directeur	À venir

Objectif organisationnel VI
Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants
et adolescents ayant un trouble grave de comportement

Problématique :

Offre de services déficiente envers les TCC ayant un trouble grave de comportement.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
6.1 Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC manifestant des troubles graves de comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC selon les phases de réadaptation - Identifier les ressources responsables de l'offre de services à cette clientèle * - Assurer le développement des ressources nécessaires pour le suivi de la clientèle * - Assurer l'implantation de ressources appropriées - Délimiter les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Définir les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie - Entériner les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination - Agences et MSSS - Agences et comité stratégique - Comité stratégique - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique 	À venir

Note * : en conformité avec la désignation éventuelle du MSSS

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présent protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois, le présent protocole pourrait, selon la volonté des parties concernées, être reconduit intégralement ou être reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

En foi de quoi, les établissements et les agences de la santé et des services sociaux partagent le contenu de ce document et s'engagent à actualiser le plan d'action du Consortium et à travailler de concert pour atténuer les problématiques relatives à l'organisation des services :

Original signé par

Arthur T. Porter, directeur général
CUSM – L'Hôpital de Montréal pour enfant

Original signé par

Kiem Dao, directeur général
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Line St-Amour, directrice générale
Centre de réadaptation La Maison

Original signé par

Michel Dumaine, directeur général par intérim
CRDP Le Bouclier

Original signé par

Serge Lemieux, directeur général
Centre de réadaptation InterVal

Original signé par

François Blais, directeur général
Centre montréalais de réadaptation

Original signé par

Normand Leblanc, président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Original signé par

Jean-François Foisy, président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Original signé par

Micheline Vallières Joly, présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Original signé par

Claude Desjardins, président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Original signé par

Michèle Laroche, présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Original signé par

Luc Boileau, président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Original signé par

David Levine, président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Annexe - Partage des connaissances

Volet formation

HME 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Les troubles anxieux de l'enfance	Université McGill	1 jour - avril 2003	1 psychologue
3rd Emergency Nursing Paediatric Course	HME (à Québec)	3 jours - mai 2003	1 assistante infirmière chef à l'urgence
La plasticité du cerveau, journée scientifique 2003		2 jours - mai 2003	1 orthophoniste
It's different for kids : paediatric clinical applications	Hospital for Sick Children	2 jours - septembre 2003	1 orthophoniste
Les troubles psychiatriques	IRD PQ	1 jour - septembre 2003	1 physiothérapeute 1 psychologue
Conférence de soins infirmiers en traumatologie	CUSM	2 jours - septembre 2003	1 chef du programme de traumatologie 2 coordonnatrices cliniques 1 physiothérapeute
La remédiation cognitive	CRME	1 jour - septembre 2003	1 psychologue
Formation sur le guide de dépistage du TCC et d'intervention	IRD PQ	1 jour - octobre 2003	1 coordonnatrice clinique 1 orthophoniste
Colloque « Au cœur de la trauma »	Hôpital du Sacré-Cœur, HSJ et Urgences-santé	2 jours - novembre 2003	1 coordonnatrice clinique
Les troubles psychiatriques à la suite à d'un accident de la route	IRD PQ	1 jour - janvier 2004	1 éducatrice
Les troubles graves du comportement chez les TCC	IRD PQ	1 jour - février 2004	1 psychologue
Cervical/Thoracic Spine	Robin McKenzie Institute	3 jours - février 2003	1 psychothérapeute
14e congrès annuel en traumatologie		3 jours - mars 2004	1 travailleuse sociale
Traumatic Brain Injury : From Molecule To Family Systems		1 jour - mars 2004	1 travailleuse sociale
Pediatric Advanced Life Support Course	HME et Université Mc Gill	3 jours en novembre 2003	30 instructeurs de l'HME ; 60 résidents de l'HME entraînés

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Pediatric Advanced Life Support Course Outreach Program	HME	16 et 17 septembre et 16 et 17 novembre	Instructeurs de l'HME ; 24 participants entraînés
Pediatric Advanced Life Support Instructors Course	HME	Septembre 2003	6 à 12 médecins de l'HME
Regional Pediatric Emergency Medicine Conference	HME, CHEO et HSJ		Médecins de l'HME
Réunion de l'Association canadienne de chirurgie pédiatrique	ACCP	Septembre 2003	Directeur de l'urgence chirurgicale
American Pediatric Surgical Association 35th annual meeting	APSA	27 au 30 mai 2003	Directeur de l'urgence chirurgicale

HSJ 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Problématique de la dépression et du deuil	M. Berger	28 avril 2003	2 psychologues
Recent findings from the TBI Model Research Program : implication for research and practice	D ^r Rosenthal University of New Jersey	15 mai 2003	1 coordonnatrice 1 orthophoniste
Formation TNCC	HSC - National Emergency Nurses Association	3 et 4 juin 2003	1 infirmière
Formation à la thérapie EMDR - niveau II	D. Schreiber	13 juin 2003	1 psychologue
Conférences en traumatologie	American College of Surgeons	octobre 2003	2 médecins
Colloque québécois sur la maltraitance	HSJ - MSSS	27 et 28 octobre 2003	1 physiothérapeute
Colloque « Au cœur de la trauma »	HSC, HSJ et Urgences-santé	3 et 4 novembre 2003	1 infirmière
Notions médico-légales, contexte de droit civil	IRD PQ-SAAQ	8 janvier 2004	1 psychologue 1 orthophoniste 1 physiothérapeute
Congrès annuel de traumatologie	Centre hospitalier Enfant-Jésus à Québec	février 2004	2 infirmières 1 médecin
Guidelines for treatment of severe head injury	D ^r Hutchison, Sick Children Hospital	25 mars 2004	1 coordonnatrice
Journées provinciales « Urgence et soins critiques pédiatriques »		2004	1 médecin

CRME 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Journée scientifique et professionnelle 2003	IRD PQ	16 mai 2003	1 orthophoniste
Dysarthrie	Marie Julien, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec	6 et 7 juin 2003	1 orthophoniste
Méthode de désensibilisation et de retraitement par le mouvement des yeux - niveau 1	David Servan-Schreiber	6, 7 et 8 juin 2003	1 psychologue
Assessment of Motor and Process Skills	Université du New Hampshire	13, 14 et 15 août 2003	1 ergothérapeute
Neuropsychological Assessment : Differential Diagnosis	Edith Kaplan, Cape Cod Institute	18 au 22 août 2003	1 neuropsychologue
Approche Bellis sur les troubles auditifs centraux	Benoit Jutras	9 septembre 2003	1 audiologiste
Journée d'échange sur la remédiation cognitive	Programme NT du Centre de réadaptation Marie Enfant	26 septembre 2003	3 neuropsychologues 4 psychologues 1 psychotechnicienne 1 chef de service
De l'intégration à l'inclusion	Réseau international sur le processus de production du handicap	2 et 3 octobre 2003	1 physiothérapeute
Journée annuelle en neurologie pédiatrique	Faculté de médecine, Université de Sherbrooke	17 octobre 2003	1 ergothérapeute
- Méthode d'évaluation et de traitement du bégaiement - Évaluation et rééducation : trouble de fluidité	Claudine T.-Rochon, HSJ	22 et 29 octobre 2003	2 orthophonistes
Atelier sur le dessin d'enfant	Philippe Walton, HSJ	27 octobre 2003	1 psychotechnicienne
6 ^e Congrès québécois de réadaptation	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec	6 novembre 2003	1 neuropsychologue 1 psychotechnicienne 1 chef de service 1 éducatrice spécialisée

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
CRME 2003-2004 (suite)			
Audiologic Rehabilitation for Children with Unilateral Losses	Patricia Kricos, American Academy of Audiology	7 novembre 2003	1 audiologiste
Les trois diaphragmes	Lucie Tétrault, Centre de perfectionnement de physiothérapie sur la posture, Association de gymnastique holistique du Québec	7 et 8 novembre 2003	1 physiothérapeute
Les notions médico-légales dans un contexte de droit civil	Daniel Roberge, SAAQ	27 novembre 2003	1 neuropsychologue 1 coordonnatrice clinique 1 physiothérapeute 1 psychologue 1 travailleuse sociale
Le plan d'intervention interdisciplinaire	SAAQ	28 novembre 2003	1 coordonnatrice clinique 1 psychologue
ABC Boum		12 décembre 2003	1 ergothérapeute
Évaluation et traitement des problèmes d'écriture		19 et 22 décembre 2003	1 ergothérapeute
Les notions médico-légales dans un contexte de droit civil	Daniel Roberge, SAAQ	8 janvier 2004	1 orthophoniste
Le plan d'intervention interdisciplinaire	Johanne Lambert, Stéphane Mercier, SAAQ	9 janvier 2004	1 audiologiste
Analyse et intervention en TGC - Formation avancée	Jacques Robitaille, Denis Godbout, PREM	13, 14 et 29 janvier 2004	3 éducatrices spécialisées 1 psychologue
Les troubles psychiatriques à la suite d'un accident de la route	Stéphane Gagnier SAAQ	16 janvier 2004	1 chef de programme 1 coordonnatrice clinique 1 travailleuse sociale
Hyperactivité et comorbidité chez l'enfant et l'adolescent : mise à jour sur les approches thérapeutiques	B. Boileau, F. Maranda, Programme de psychiatrie de HSJ	23 janvier 2004	1 travailleuse sociale
Hyperactivité et comorbidité chez l'enfant et l'adolescent : mise à jour sur les approches thérapeutiques	B. Boileau, F. Maranda, Programme de psychiatrie de HSJ	23 janvier 2004	1 éducatrice spécialisée 1 psychologue
Les troubles psychiatriques à la suite d'un accident de la route	Stéphane Gagnier, SAAQ	30 janvier 2004	1 neuropsychologue 2 psychologues

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
CRME 2003-2004 (suite)			
Les troubles graves du comportement chez les traumatisés craniocérébraux	Jean Gagnon, Claude Paquette, SAAQ	27 février 2004	2 coordonnatrices cliniques 2 psychologues 1 travailleuse sociale
Les troubles psychiatriques à la suite d'un accident de la route	Stéphane Gagnier SAAQ	12 mars 2004	1 éducatrice spécialisée 2 psychologues
Traumatic Brain Injury : From Molecule to Family Systems	The Rotman Research Institute	14, 15 et 16 mai 2004	1 neuropsychologue
Formation de base sur le TCC modéré et grave -1 ^{ère} partie	Jean-François Giguère, SAAQ	22 mars 2004	1 coordonnatrice clinique 1 chef de service
29 ^e Congrès de l'AQETA	AQETA	25 mars 2004	Josée Lepage
Intervention collaboratrice auprès des personnes ayant subi un TCC	Centre Miriam (PREM-TGC)	25 et 26 mars 2004	1 psychologue

Centre de réadaptation La Maison 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Actualisation du concept Bobath		2 octobre 2003	1 physiothérapeute 2 ergothérapeutes
Psychomotricité et réadaptation	UQAT	Session automne 2003	1 éducatrice spécialisée
Les capacités en déficience physique	UQAT	Session hiver 2004	1 éducatrice spécialisée
Le traumatisme crânien dans toutes ses nuances	Gratien Morin, CRLM	23 et 24 octobre 2003	3 éducateurs spécialisés 1 agente relations humaines 2 psychoéducateurs 3 ergothérapeutes 2 neuropsychologues 1 coordonnateur clinique 1 physiothérapeute 1 spécialiste en évaluation de programme
Formation de base TCC modéré et grave	SAAQ	22 et 23 mars 2004	1 ergothérapeute 1 psychologue
Troubles de personnalité		15 mai 2003	1 kinésithérapeute 2 ergothérapeutes 1 physiothérapeute 2 éducateurs spécialisés 1 coordonnateur clinique 2 neuropsychologues 1 agent relations humaines

Centre montréalais de réadaptation 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Formation sur les problèmes reliés à la morphosyntaxe	Ordre des orthophonistes et audiologistes	3 jours - juin 2003	1 orthophoniste
Médication et physiothérapie		1 jour - mai 2003	1 physiothérapeute
Le TCC : rôle du médecin conseil dans le contexte des ententes de services de réadaptation	SAAQ	1 jour - octobre 2003	1 pédiatre 1 physiatre
Journée de réflexion sur la remédiation cognitive	CRME	1 jour - septembre 2003	4 neuropsychologues
PSI : continuum de services	Agence régionale de la Montérégie	3 jours - octobre 2003	1 chef d'équipe clinique
Intimider c'est dépassé		1 jour - décembre 2003	2 éducatrices spécialisées
ABC Boom		3 jours - septembre 2003	2 ergothérapeutes
Évaluation orthopédagogique en mathématiques		1 jour - décembre 2003	2 orthopédagogues
6 ^e Congrès québécois de réadaptation en déficience physique	AERDPQ	2 jours - novembre 2003	Chef de programme
Troubles psychiatriques à la suite d'un accident d'auto	SAAQ	1 jour - mars 2004	3 intervenantes
Évaluation et moyens d'interventions sur les aspects du langage	Brigitte Dugas, orthophoniste	2 jours - décembre 2003	2 orthophonistes
Notion médico-légales dans un contexte de droit civil	SAAQ	1 jour - janvier 2004	2 neuropsychologues
Congrès de l'Association québécoise de sports en fauteuil roulant		1 jour	1 éducatrice spécialisée
Formation multisensorielle		3 jours - novembre 2003	2 orthopédagogues
Formation Boardmaker		½ journée - octobre 2003	2 éducatrices spécialisées
Congrès AQETA		2 jours - mars 2004	1 audiologiste
GMFM		1 jour - mars 2004	1 physiothérapeute
Évaluation et traitement des habiletés visuo-perceptivo-motrices		3 jours - janvier 2004	1 ergothérapeute
Les troubles graves du comportement chez les TCC	PREM	1 jour - février 2004	2 éducatrices spécialisées

Centre de réadaptation Le Bouclier (Lanaudière) 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Dyslexie – Dysorthographe		22 et 23 mai 2003	1 orthophoniste
Évaluation et traitement de l'écriture chez les enfants qui présentent des difficultés motrices et perceptuelles / ABS boum	Natasha Rouleau	17 au 19 novembre 2003	1 ergothérapeute
Évaluation psychosociale pour le curateur public	OPTSQ	14 et 15 novembre 2003	1 travailleur social
Articulation temporo-mandibulaire (ATM) : évaluation et traitement	Trudy Bédard de l'OPQ	26 et 27 mars 2004	1 physiothérapeute
Outil PIC (Plan d'intervention du client)	Gilles Charrette / Geneviève Léveillé	27 mai 2003	20 intervenants
Intervention collaborative auprès des personnes TCC	multiples	25 mars 2004	1 neuropsychologue 1 éducateur spécialisé
Intervention stress post-traumatique	Pascale Brillon	19 mars 2004	1 neuropsychologue
La médication et la physiothérapie	Ordre des physiothérapeutes du Québec	30 mai 2003	2 physiothérapeutes
La remédiation cognitive : réalité, projet ou utopie ?	Donald Meichenbaum	26 septembre 2003	1 neuropsychologue
Mise à jour en électrothérapie	Chantal Dumoulin / Philippe Bussièrès	19 septembre 2003	1 physiothérapeute
Notions médico-légales	Dr Daniel Roberge	8 janvier 2004	3 intervenants
Outil multIClientèle	Johanne Bouvrette	8 et 9 octobre 2003	1 travailleur social
PII SAAQ	Johanne Lambert et Stéphane Mercier	9 janvier 2004	5 intervenants
Techniques d'impact en individuel	Académie Impact	5 novembre 2003	1 neuropsychologue 1 éducateur spécialisé
Thérapie d'impact niveau 1	Danie Beaulieu	23 au 25 février 2004	1 travailleur social
6 ^{ème} Congrès de l'AERDPQ	AERDPQ	6 et 7 novembre 2003	2 intervenants
Pathologie vestibulaire	Alain Godbout	25 au 27 avril 2003	1 physiothérapeute

Centre de réadaptation Le Bouclier (Laurentides) 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Pathologie vestibulaire	Alain Godbout	9 au 11 avril 2003	1 physiothérapeute
Colloque dysphasie	Association québécoise des enfants dysphasiques	5 et 6 avril 2003	1 orthophoniste
Journée scientifique IRDPQ	Conférenciers variés	16 mai 2003	2 neuropsychologues
DSM-IV	Pierre Gagnon	26 avril 2003	2 neuropsychologues
Journée scientifique CRIR/Crisis	Variés	29 mai 2003	2 neuropsychologues
Trauma et résilience : le traitement du désordre de stress post-traumatique et des troubles comorbides	Donald Meichenbaum	25 et 26 septembre 2003	1 neuropsychologue
Conférence sur la dysphasie	Variés	18 septembre 2003	1 éducateur spécialisé 1 ergothérapeute
Outil multiclentèle		8 et 9 octobre 2003	1 travailleuse sociale
Gestion des équipes	D. Boisvert	30 et 31 octobre 2003	2 coordonnateurs
Notions médico-légales	Daniel Rogerge	27 novembre 2003	2 coordonnateurs
Plan d'intervention	J. Lambert / S. Mercier	28 novembre 2003	2 coordonnateurs 1 ergothérapeute
Thérapie d'impact	Daniel Beaulieu	23 au 25 février 2004	1 travailleur social
Plan d'intervention	J. Lambert / S. Mercier	29 janvier 2004	1 travailleur social
Évaluation et RX habiletés, visuo-perc.motrices	J. Leblanc / N. Lebeau	6 au 8 janvier 2004	1 ergothérapeute
Notions médico-légales dans un contexte de droits civils	D. Roberge	8 janvier 2004	1 travailleur social
Troubles graves de comportement chez les traumatisés cranio-cérébraux	J. Gagnon / C. Paquette	27 février 2004	2 éducateurs spécialisés
Formation de base TCC modéré et grave	J.-F. Giguère / M. Gadoury	22 et 23 mars 2004	2 éducateurs 1 coordonnateur 1 physiothérapeute
Formation de base TCC modéré et grave (partie 1, le TCC)	J.-F. Giguère	22 mars 2004	1 neuropsychologue
Douleur chronique, un modèle d'intervention	Sonia Ginchereau	20 février 2004	1 neuropsychologue 1 ergothérapeute
Séminaire « Les aides techniques à la mobilité et à la posture »	IRM	30 octobre 2003	1 ergothérapeute
Thérapie d'impact 1	D. Beaulieu	26 au 28 novembre 2003	1 travailleur social

Centre de réadaptation InterVal 2003-2004

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
SAAQ - Plan d'intervention interdisciplinaire (formation externe)	SAAQ-IRDQP	5 décembre 2003	3 intervenants (éducation physique, service social)
SAAQ - Plan d'intervention interdisciplinaire (formation externe)	SAAQ-IRDQP	28 novembre 2003	1 intervenant (service social)
Bilan musculaire (formation externe)	Danik Lafond	16 mars 2004	3 intervenants (éducation physique)
6 ^e Congrès de l'AERDPQ	AERDPQ	6 et 7 novembre 2003	2 intervenants (service social, physiothérapie)
Stress post-traumatique II (formation interne)	Formation de l'Hêtre	27 février et 7 novembre 2003	6 intervenants (service social, psychologie)
Les troubles psychiatriques à la suite d'un accident de la route (formation externe)	SAAQ-IRDQP	20 février 2004	2 intervenants (coordination clinique, service social)
Évaluation neuropsychologique (formation externe)	CENOP-FL	11 avril 2003	1 intervenant (neuropsychologue)
Formation de base TCC : volet enfant (formation externe)	SAAQ-IRDQP	23 avril 2003	1 intervenant (service social)
PDSB accréditation (formation externe)	ASSTSAS	19 février et 29 mai 2003	1 intervenant (ergothérapeute)
SAAQ Notions médico-légales et PII	SAAQ et IRDPQ	3 et 4 avril 2003	1 intervenant (neuropsychologue)
2 ^{ième} Colloque TCC : intervention collaborative	Centre Miriam (PREM-TGC)	25 mars 2004	2 intervenants (coordination clinique, psychoéducation)
Évaluation psychosociale pour le Curateur public	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	16 et 17 avril 2004	3 intervenants (service social)

Groupes d'intérêt : ces groupes sont reconnus par les Directions cliniques de l'AERDPQ

- Groupe d'intérêt en ergothérapie pour la clientèle TCC (enfant et adulte)
- Groupe d'intérêt en orthophonie pour la clientèle TCC (enfant)
- Groupe d'Intérêt en éducation physique pour la clientèle TCC-BM-BOG (enfant et adulte)

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
de l'Abitibi-Témiscamingue**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole.....	110
Les usagers	112
Cheminement de la clientèle	113
Orientation de la clientèle	114
Partage de l'offre de services	115
Mécanismes de concertation et de collaboration	120
Plan d'action de l'Abitibi-Témiscamingue	121
Dispositions particulières	130
Les signataires.....	131

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont considérés, par les signataires de l'entente, comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

- **Le Centre de réadaptation La Maison**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2) désigné pour :

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont l'Abitibi-Témiscamingue.

- **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont l'Abitibi-Témiscamingue.

- **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont l'Abitibi-Témiscamingue

- L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

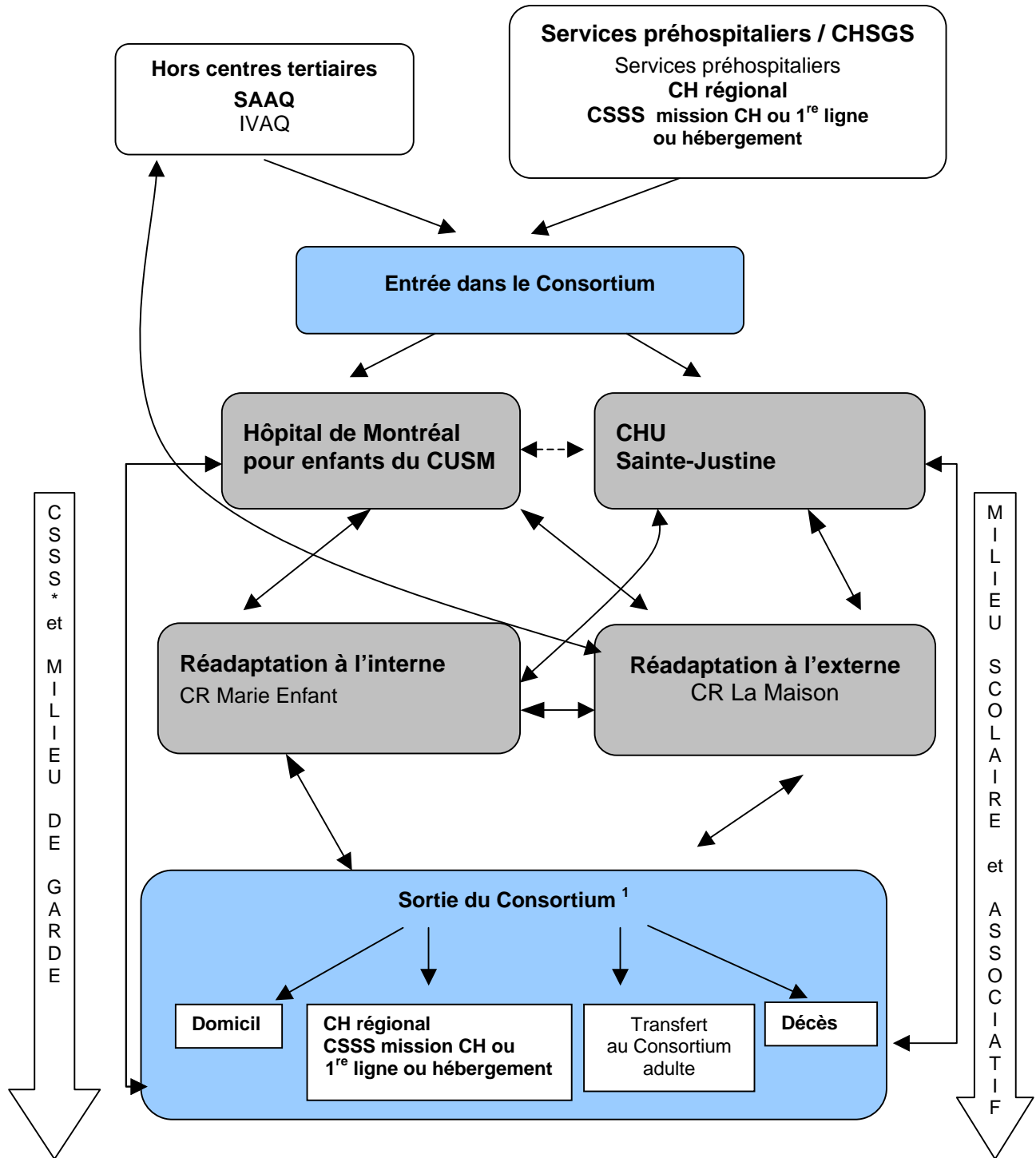
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région de l'Abitibi-Témiscamingue est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de services prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le Consortium, tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication.

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation La Maison pour la phase de réadaptation à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des interventions de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'utilisateur de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, ils procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de service

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services. Il est à noter que le tableau suivant représente l'offre générale de services pour l'ensemble de la clientèle de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, à la suite d'une concertation des coordonnatrices cliniques (centre référent et recevant), l'offre de services pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

Région de l'Abitibi-Témiscamingue
Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Offre de services Abitibi-Témiscamingue	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRLM	Le Pilier
6. En lien avec les déficiences					
1.2 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√			
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√			
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√		
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√		
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√		
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√		
7. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√		
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	

Offre de services Abitibi-Témiscamingue	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRLM	Le Pilier
2.5 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	
2.6 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.			√	√	
8. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Offre de services Abitibi-Témiscamingue	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRLM	Le Pilier
9. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	√	
5. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie.	√	√	√	√	
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement.	√	√	√		
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie.			√	√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Offre de services Abitibi-Témiscamingue	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRLM	Le Pilier
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental.			√	√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
5.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental.				√	
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 				√	√

Offre de services Abitibi-Témiscamingue	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CRLM	Le Pilier
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
▪ Assurer la reprise de la scolarisation.			√	√	
▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire.			√	√	
▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.	A			√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs.			√	√	
▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.				√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail.				√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional.

**Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

Plan d'action régional

Abitibi-Témiscamingue

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
1.2	Assurer l'accès aux services de réadaptation à l'externe prévus au continuum de services du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer les ressources nécessaires pour rencontrer les besoins en : <ul style="list-style-type: none"> ▪ documentant les volumes; ▪ documentant les délais existants; ▪ identifiant et planifiant les ressources pour assurer la prise en charge de la clientèle; ▪ définissant les besoins financiers nécessaires et assurant les représentations pertinentes. - Consolider le financement minimal requis de 400 000 \$ pour les services de réadaptation en déficience physique (enfants et adultes) du CR La Maison. 	<ul style="list-style-type: none"> - CR La Maison - Établissements désignés au Consortium et Agence de Montréal - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue 	À compter du 1 ^{er} avril 2006 selon l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.
1.3	Définir et développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique.	<ul style="list-style-type: none"> - Consolider les services en milieu naturel et en milieu non institutionnel : <ul style="list-style-type: none"> ▪ milieux résidentiels et de vie; ▪ services psycho-sociaux. - Documenter la situation et les ressources d'hébergement possibles et requises, en faisant les liens nécessaires avec le continuum de services de chacun des programmes-clients concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> - CSSS des territoires (6) avec le financement nécessaire - CR La Maison avec le financement nécessaire - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue - Établissements partenaires du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec - Établissements régionaux de chacun des programmes-clients concernés pouvant être interpellés 	Selon l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.
1.4	Définir la collaboration et la complémentarité des services avec les CSSS (volet première ligne ou hébergement).	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer les mécanismes régionaux de liaison et de collaboration requis avec les CSSS (volet première ligne ou hébergement), pour assurer l'accès et la continuité des services requis dans le milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> - CSSS des territoires (6) - CR La Maison - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue 	Dès mars 2006 en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique à éviter ou corriger :

Pratiques et procédures non-uniformes entre les services préhospitaliers et les CH tertiaires désignés en trauma pédiatrique.

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
2.1	Intégrer les critères d'orientation et les mécanismes de liaison et de communication requis au plan régional de traumatologie.	- Identifier les établissements et les mécanismes de référence et de liaison requis pour assurer le continuum de services prévus au Consortium interrégional de l'Ouest du Québec.	- Agence de l'Abitibi-Témiscamingue - Comités régionaux et locaux de traumatologie de l'Abitibi-Témiscamingue - CR La Maison	Dès mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.
2.2	Consolider les mécanismes de transfert et de liaison entre les établissements du Consortium de l'Ouest du Québec et les CSSS (volet CH) de l'Abitibi-Témiscamingue.	- Établir des mécanismes fonctionnels de liaison entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) (volet CH) de l'Abitibi-Témiscamingue et les centres désignés, pour réaliser le Consortium interrégional de l'Ouest du Québec en ce qui a trait aux soins aigus et de réadaptation précoce à offrir aux enfants et aux adolescents traumatisés craniocérébral (TCC) modérés ou sévères.	- Agence de l'Abitibi-Témiscamingue - CSSS (volet CH) de l'Abitibi-Témiscamingue - Comités régionaux et locaux de traumatologie de l'Abitibi-Témiscamingue - CR La Maison	Dès mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.
2.3	Assurer une meilleure fluidité de l'offre de service régionale aux TCC modérés ou sévères desservis par le Consortium interrégional de l'Ouest du Québec.	- Identifier et mettre en place les mécanismes de liaison continus et bidirectionnels requis, dès l'entrée de la personne dans le continuum des services : <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRLM vers les CSSS des territoires (6) pour les services à domicile; ▪ CRLM vers Le Pilier et autres organismes communautaires en déficience physique pour le maintien dans le milieu; ▪ Des CSSS des territoires vers le CRLM, Le Pilier et les autres organismes partenaires selon les besoins de la personne. 	- CR La Maison - CSSS des territoires (6) et comités de traumatologie - Le Pilier - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue	Dès mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Objectif organisationnel II (suite)

Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
2.4	Arrimer au Consortium pour les TCC modérés ou sévères adultes l'organisation des services à offrir aux 16 ans et plus et ce, dans le respect des caractéristiques présentées par chacun des jeunes concernés.	- Systématiser l'usage du plan de services individualisé (PSI) pour toute personne qui le requiert.	- CSSS des territoires (6) - CR La Maison - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue	Dès mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Objectif organisationnel III

S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle

Problématique :

Absence d'une banque de données uniformisée en trauma pédiatrique.

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
3.1	Définir, avec les partenaires en aval (CSSS volet CH, volet première ligne et hébergement) du Consortium de l'Ouest du Québec, les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité (dans le respect de la loi et ses règlements).	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un consentement de l'utilisateur ou de sa famille, pour la diffusion des informations en provenance des établissements en aval du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec vers les établissements au sein du Consortium de l'Ouest du Québec. - Identifier et mettre en place les mécanismes de liaison continus et bidirectionnels mentionnés en 2.3. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires des CH tertiaires avec CH des territoires de l'Abitibi-Témiscamingue - Agence de Montréal et Agence de l'Abitibi-Témiscamingue - CR La Maison et tout autre établissement concerné - Le Pilier 	Dès mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.
3.2	Disposer d'un plan concerté de partage des connaissances.	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le développement des compétences et une formation continue des intervenants impliqués dans l'offre de service régionale. 	<ul style="list-style-type: none"> - CSSS (volet CH) - CSSS (volet première ligne et hébergement) - CR La Maison - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue 	Continu, à compter de mars 2006, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Objectif organisationnel IV
 Évaluer les mesures mises en place au plan régional permettant
 de soutenir la réalisation complète du Consortium interrégional

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concerté du niveau d'implantation du consortium au plan régional

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
4.1	Évaluer annuellement le plan d'action régional.	<ul style="list-style-type: none"> - Produire un rapport annuel des activités prévues au plan d'action régional. - Identifier les ajustements requis. - Collaborer aux travaux d'évaluation de l'implantation du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agence de l'Abitibi-Témiscamingue - CR La Maison - CSSS des territoires (6) - Le Pilier 	Annuellement et de façon continue

Objectif organisationnel V
**Consolider et harmoniser la gamme de services
pour le suivi à long terme de la clientèle,
selon le groupe d'âge et le milieu de vie**

Problématique :

Procédure de suivi à long terme variable entre les établissements

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
5.1	Garantir l'accès à des services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale et scolaire répondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent et des ses proches.	<ul style="list-style-type: none"> – Confirmer et consolider les liens de collaboration entre la première ligne et le CR La Maison. – Faire connaître à la première ligne la mission, les caractéristiques et les modalités de fonctionnement du Consortium interrégional. – Former les intervenants de première ligne à la réalité des personnes TCC. – Référer systématiquement les personnes aux services de première ligne de leur territoire, dès leur inscription en externe. – Systématiser l'usage du plan de services individualisé (PSI) pour toute personne qui le requiert. – Prendre les mesures requises pour éviter de dépasser les temps moyens d'attente, selon les normes d'accès aux services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale des personnes. – Établir des mécanismes de collaboration et de complémentarité avec tous les acteurs pouvant contribuer à l'intégration sociale de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> – CSSS des territoires (6) – CR La Maison – Agence de l'Abitibi-Témiscamingue 	À compter de mars 2006 et de façon continue, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Objectif organisationnel VI

Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants et adolescents ayant un trouble grave de comportement

Problématique :

Offre de services déficiente envers les TCC ayant une problématique particulière ou complexe

Objectifs		Moyens	Instances responsables	Échéancier
6.1	Développer des services adaptés pour les enfants et adolescents TCC modérés ou sévères avec une problématique complexe.	<ul style="list-style-type: none">– Définir et établir le profil de la clientèle.– Définir et établir le profil des ressources nécessaires (type de ressources, ressources financières, humaines et matérielles).– Formaliser les liens de collaboration avec les ressources et services concernés, pour assurer une réponse adéquate à ces clientèles.	<ul style="list-style-type: none">– Établissements partenaires du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec– Agence de l'Abitibi-Témiscamingue– CSSS des territoires (6)– CR La Maison– Établissements régionaux de chacun des programmes-clientèles concernés pouvant être interpellés.	À compter de mars 2006 et de façon continue, en lien avec l'évolution des travaux provinciaux et régionaux.

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois, le présent protocole pourrait, selon la volonté des parties concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

Centre de réadaptation La Maison

Original signé par

Line St-Amour
Directrice générale
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Original signé par

Normand Leblanc
Président-directeur général
Date : _____

CUSM – L'hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
de Lanaudière**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole	134
Les usagers.....	136
Cheminement de la clientèle	137
Orientation de la clientèle.....	138
Partage de l'offre de services.....	139
Mécanismes de concertation et de collaboration	144
Plan d'action régional	145
Dispositions particulières.....	153
Les signataires	154

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral sont considérés, par les signataires de l'entente, comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

- **Le Centre de réadaptation Le Bouclier :**

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

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave des régions des Laurentides et de Lanaudière ».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de Lanaudière.

- **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de Lanaudière .

- **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de Lanaudière.

- L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

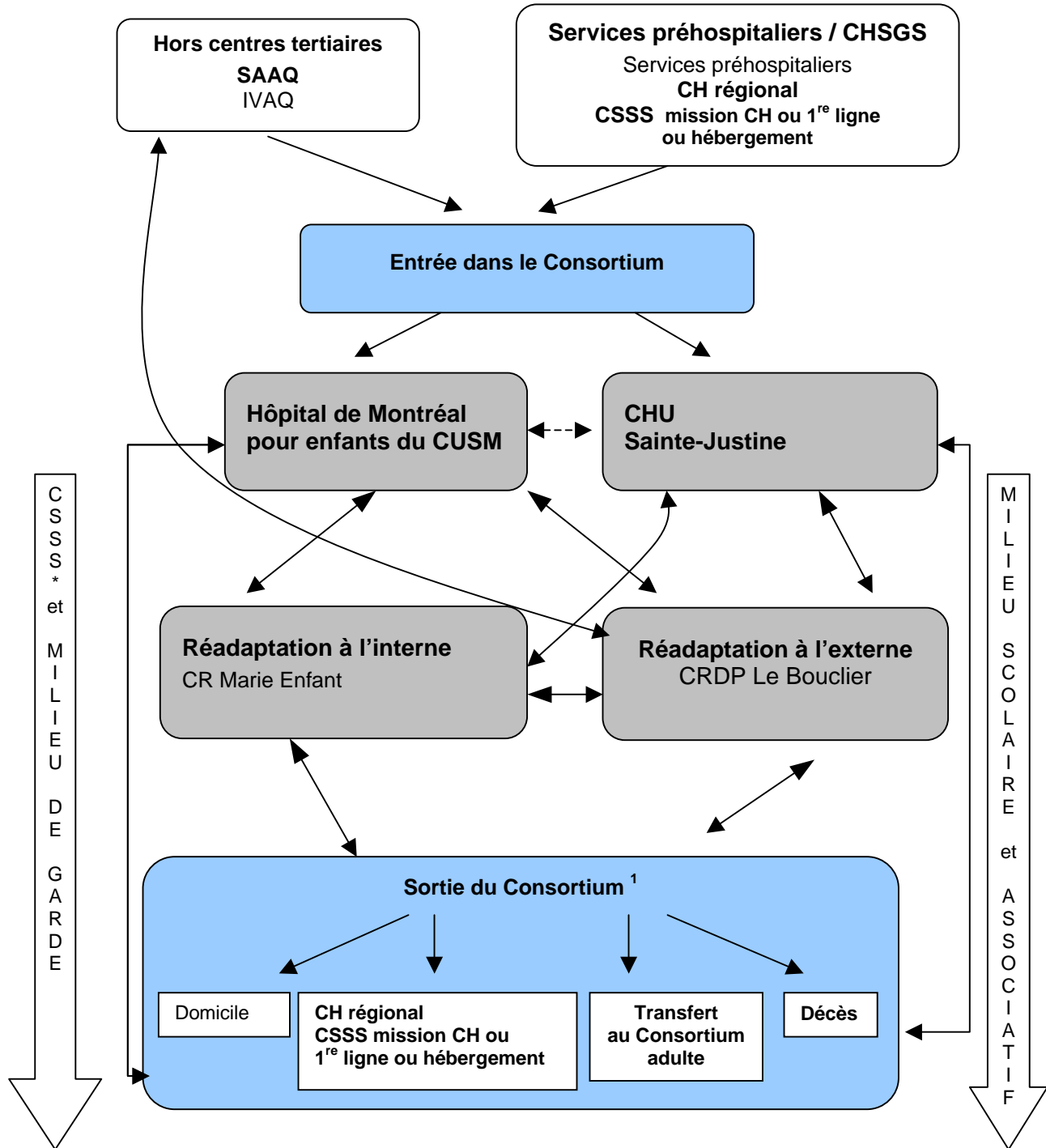
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région de Lanaudière est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de services prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le Consortium, tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS, tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier pour la phase de réadaptation à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des interventions de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'usager de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, ils procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de service

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services. Il est à noter que le tableau suivant représente l'offre générale de services pour l'ensemble de la clientèle Lanaudois. Toutefois, à la suite d'une concertation des coordonnatrices cliniques (centre référent et recevant), l'offre de services pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

Région de Lanaudière
Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Corridor de services Lanaudière	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	APHPSSJ
10. En lien avec les déficiences					
1.3 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√			
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√			
1.3 S'assurer que l'utilisateur ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√		
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√		
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√		
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√	√	
11. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√		
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'utilisateur de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	

Corridor de services Lanaudière	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	APHPSSJ
2.7 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	
2.8 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.7 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.				√	
12. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services Lanaudière	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	APHPSSJ
13. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	√	√
5. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie. 	√	√	√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement. 	√	√	√		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel. 				√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services Lanaudière	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	APHPSSJ
5.1.2 (suite) <ul style="list-style-type: none"> Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie. 			√	√	√
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.			√	√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
13.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.				√	

Corridor de services Lanaudière	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	APHPSSJ
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 				√	√
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la reprise de la scolarisation. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail. 				√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional

**Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère**

Plan d'action régional

Lanaudière

2006-2009

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique :

Certains services ne sont pas accessibles et les liens de complémentarité entre les établissements régionaux ne sont pas établis.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'accessibilité aux services psychosociaux, quelle que soit l'étape du processus de réadaptation	- Faire les liens entre les CSSS et le CRDP Le Bouclier pour assurer la complémentarité dans l'offre de services psychosociaux, particulièrement après le processus de réadaptation au CRDP.	- CRDP Le Bouclier - Les 2 CSSS	Automne 2007
1.2 Définir la collaboration et la complémentarité des services avec les CSSS	- Faire un état de situation des services offerts en CSSS et identifier les services à développer et la continuité des services avec le CRDP Le Bouclier. - S'assurer que des liens de complémentarité soient inclus dans le projet clinique de chacun des 2 CSSS.	- Table de concertation DP - Les 2 CSSS - Le CRDP Le Bouclier - L'Agence de Lanaudière	Automne 2007
1.3 Assurer le retour dans la région de Lanaudière des enfants convalescents en attente d'un hébergement, dès la fin du processus de réadaptation	- Documenter les besoins régionaux - Identifier les ressources existantes - Identifier les ressources à développer et faire les liens avec les agences des Laurentides et de Laval pour identifier la pertinence de développer des ressources conjointes - Développer les ressources	- L'Agence de Lanaudière - Le CRDP Le Bouclier - Les 2 CSSS - Les Agences des Laurentides et de Laval	Automne 2007 D'ici cette date, les établissements de Montréal communiqueront avec le CRDP Le Bouclier afin d'identifier les solutions possibles.
1.4 Définir la complémentarité des services entre les Centres jeunesse Lanaudière, le CRDP Le Bouclier et les CSSS.	- Clarifier le continuum de services lorsque des enfants sont orientés vers les Centres jeunesse, en fonction des responsabilités de chaque partenaire. - Réviser l'entente de collaboration entre les Centres jeunesse et le CRDP Le Bouclier et s'assurer qu'elle est conforme pour la clientèle des enfants ayant un TCC.	- Table de concertation DP - CRDP Le Bouclier - Les 2 CSSS - Les Centres jeunesse Lanaudière - L'Agence de Lanaudière	Hiver 2008

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.5 Identifier les besoins de services de maintien dans le milieu pour les enfants et leur famille et identifier les prestataires de services.	<ul style="list-style-type: none"> - Définir l'offre de services des CSSS, du CRDP Le Bouclier et de l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles, secteur Joliette (APHPSSJ) qui a un mandat régional pour les TCC. - S'assurer que des liens de complémentarité soient inclus dans le projet clinique de chacun des 2 CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Table de concertation DP - Les 2 CSSS - CRDP Le Bouclier - L'APHPSSJ - L'Agence de Lanaudière 	Automne 2008
1.6 Identifier les besoins de ressources résidentielles (hébergement temporaire et hébergement permanent) pour les enfants qui ne peuvent retourner dans leur milieu familial	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les volumes de clientèle et les besoins régionaux en ce qui concerne l'hébergement temporaire et permanent. - Identifier des solutions et examiner la possibilité de partenariat avec les régions des Laurentides et de Laval pour des ressources conjointes. - Développer, au besoin, les ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> - Table de concertation DP - L'Agence de Lanaudière - CRDP Le Bouclier - Les 2 CSSS <ul style="list-style-type: none"> - Les agences des Laurentides, de Laval - Le comité directeur du consortium 	Automne 2008
1.7 Pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire et ne nécessitant pas de services de réadaptation, définir le type d'intervention préventive nécessaire à une intégration scolaire réussie.	<ul style="list-style-type: none"> - Cet objectif sera traité par le comité de coordination interrégional et est inscrit dans les objectifs du tronc commun du consortium. - La responsabilité régionale consistera à mettre en application ce qui aura été convenu par le comité de coordination, puis entériné par le comité directeur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de coordination du consortium - Recommandation par le comité directeur et adoption par le comité stratégique du consortium - Agence de Lanaudière et établissements concernés par la mise en œuvre 	Hiver 2007
1.8 Respecter les décisions ministérielles en lien avec les corridors de services des RUIS (réseau universitaire intégré de services) pour l'orientation de la clientèle pédiatrique vers les	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les corridors RUIS (réseau universitaire intégré de services) au sein des ententes de traumatologie liant les services préhospitaliers d'urgence et les CH régionaux avec les établissements tertiaires de Montréal 	<ul style="list-style-type: none"> - Les 2 comités de traumatologie de Lanaudière (Nord - Sud) 	À déterminer

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
CH tertiaires			

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique :

Les mécanismes de liaison entre les partenaires régionaux ne sont pas clairement définis.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
2.1 Développer et consolider les mécanismes de liaison entre le CRDP Le Bouclier, les CSSS et les Centres jeunesse Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> - Établir des mécanismes de liaison formels faisant suite aux discussions de l'objectif organisationnel I (page 1 du présent document) visant à assurer l'accessibilité aux services. - Revoir les mécanismes de liaison avec les 2 comités de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Table de concertation DP - CRDP Le Bouclier - Les 2 comités de traumatologie de Lanaudière (Nord - Sud) - Les 2 CSSS - Les Centres jeunesse Lanaudière - L'Agence de Lanaudière 	Hiver 2008

Objectif organisationnel III
S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle

Problématique :

Il n'existe pas d'uniformité dans la cueillette de données pour l'ensemble des établissements du consortium et les procédures d'accès au dossier sont imprécises dans un contexte de continuité de services.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.1 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	- Ce point sera travaillé à l'intérieur du plan d'action du tronc commun du Consortium de l'Ouest où chaque région contribuera à la réalisation de cet objectif.	- Comité directeur et comité de coordination du Consortium.	Automne 2007
3.2 Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	- Cet objectif sera travaillé au sein du plan d'action du tronc commun du Consortium de services.	- Comité directeur du Consortium.	Automne 2008

Objectif organisationnel IV
**Évaluer les mesures mises en place au plan régional
 permettant de soutenir la réalisation complète du Consortium interrégional**

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concerté du niveau d'implantation du consortium au plan régional.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
4.1 Évaluer annuellement le plan d'action régional	- Les modalités d'évaluation seront en lien avec celles qui seront implantées au niveau du plan d'action du tronc commun. Des liens seront réalisés entre les partenaires du tronc commun et les responsables de l'implantation de la région de Lanaudière.	- L'Agence de Lanaudière en collaboration avec les partenaires régionaux.	Annuellement, à compter de 2007

Objectif organisationnel V
**Consolider et harmoniser la gamme de services pour le suivi
à long terme de la clientèle selon le groupe d'âge et le milieu de vie**

Problématique :

Procédure de suivi long terme variable entre les établissements.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
5.1 Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la région	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins de la clientèle en fonction des protocoles de suivi long terme déjà établis par la SAAQ. - Faire un état de situation régional. - Identifier les actions à prendre subséquemment. 	<ul style="list-style-type: none"> - CRDP Le Bouclier - Comité de coordination du consortium 	À venir
5.2 Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CRDP Le Bouclier et le milieu associatif	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser l'association régionale (l'APHPSSJ) aux besoins de suivi long terme des enfants - Documenter les besoins et les volumes d'enfants et de familles pouvant bénéficier d'un suivi par un organisme communautaire - S'assurer que le suivi long terme est inclus dans le projet clinique de chacun des 2 CSSS et qu'il est implanté au CRDP Le Bouclier et auprès de l'organisme communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - CRDP Le Bouclier - L'APHPSS - Les 2 CSSS 	À venir

Objectif organisationnel VI
Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants et adolescents ayant une problématique particulière

Problématique :

Offre de services déficiente envers les TCC ayant une problématique particulière.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
6.1 Développer des services adaptés pour les enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins régionaux et faire les liens avec les orientations ministérielles au niveau des services surspécialisés et de la désignation éventuelle d'un responsable suprarégional. - Développer les services régionaux requis, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> - MSSS - Consortium de l'Ouest - L'Agence de Lanaudière - Table de concertation DP - Les 2 CSSS 	À venir

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois le présent protocole pourrait, selon la volonté des parties concernées, être reconduit intégra-lement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

CRDP Le Bouclier

Original signé par

Michel Dumaine
Directeur général par intérim
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Original signé par

Jean-François Foisy
Président-directeur général
Date : _____

CUSM – L'Hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
des Laurentides**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole	157
Les usagers.....	159
Cheminement de la clientèle	160
Orientation de la clientèle.....	161
Partage de l'offre de services.....	162
Mécanismes de concertation et de collaboration	167
Plan d'action régional	168
Dispositions particulières.....	177
Les signataires	178

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le Ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont considérés, par les signataires de l'entente, comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

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

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave des régions des Laurentides et de Lanaudière ».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**
établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle des Laurentides.

▪ **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle des Laurentides.

▪ **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle des Laurentides.

➤ L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.

➤ L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

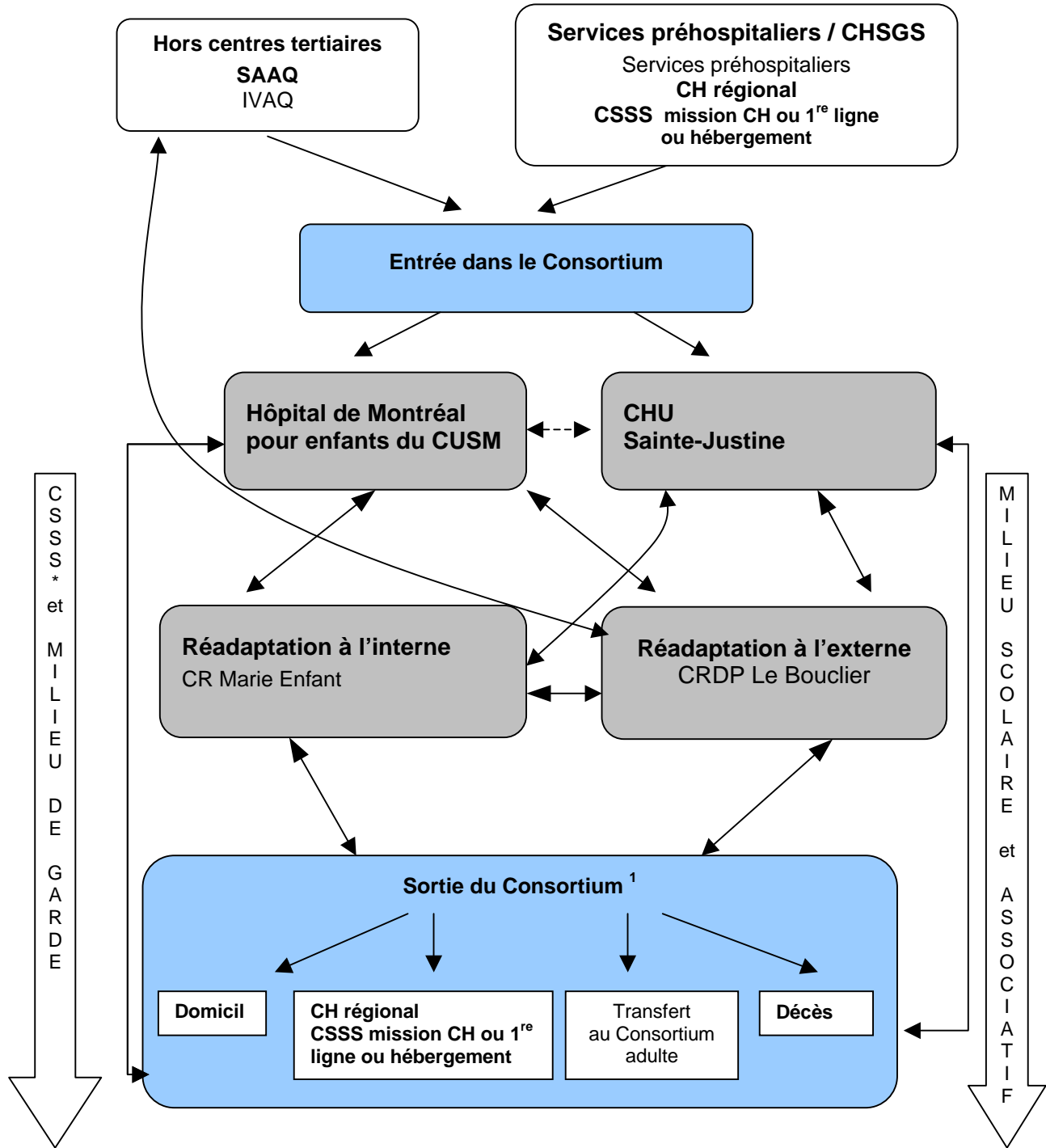
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région des Laurentides est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de services prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier pour la phase de réadaptation à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des interventions de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'utilisateur de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, ils procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de service

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services. Il est à noter que le tableau suivant représente l'offre générale de services pour l'ensemble de la clientèle des Laurentides. Toutefois, à la suite d'une concertation des coordonnatrices cliniques (centre référent et recevant), l'offre de services pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

Région Laurentides
Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Corridor de services TCC-Laurentides	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	CAPTCHL
14. En lien avec les déficiences					
1.4 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√			
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√			
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√		
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√		
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√		
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√	√	
15. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√		
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	

Corridor de services TCC-Laurentides	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	CAPTCHL
2.9 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	
2.10 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.8 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.				√	
16. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services TCC-Laurentides	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	CAPTCHL
17. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	√	√
18. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie. 	√	√	√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement. 	√	√	√		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel. 				√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services TCC-Laurentides	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	CAPTCHL
5.1.2 (suite) <ul style="list-style-type: none"> Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie. 			√	√	
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental.			√	√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
18.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental.				√	

Corridor de services TCC-Laurentides	Disponibilité des services				
	CHU Sainte- Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	Le Bouclier	CAPTCHL
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 				√	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 				√	√
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la reprise de la scolarisation. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail. 				√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional.

**Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou grave**

Plan d'action régional

Laurentides

16 janvier 2006

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique :

Certains services ne sont pas accessibles et les liens de complémentarité entre les établissements régionaux ne sont pas établis.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Assurer l'accessibilité aux services psycho-sociaux, quelle que soit l'étape du processus de réadaptation	- Faire les liens entre les CSSS et le CRDP le Bouclier pour assurer la complémentarité dans l'offre de services psycho sociaux, particulièrement après le processus de réadaptation au CRDP.	CRDP le Bouclier ; les 7 CSSS	Automne 2007
Définir la collaboration et la complémentarité des services avec les CSSS, incluant les services du CH régional (CSSS Rivière-du-Nord).	- Faire un état de situation des services offerts en CSSS et identifier les services à développer et la continuité des services avec le CRDP	les 7 CSSS ; le CRDP le Bouclier ; l'Agence des Laurentides	Été 2007
Assurer le retour dans la région des enfants en attente d'un hébergement, dès la fin du processus de réadaptation.	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins régionaux ; - Identifier les ressources existantes ; - Identifier les ressources à développer et faire les liens avec les agences de Laval et Lanaudière pour identifier la pertinence de développer des ressources conjointes; - Faire les liens avec les travaux interrégionaux concernant le développement des ressources d'hébergement. - Développer les ressources. 	Agence des Laurentides CR le Bouclier ; 7 CSSS des Laurentides ; Agence de Laval et de Lanaudière.	Automne 2007 D'ici cette date, les établissements de Montréal communiqueront avec le CRDP le Bouclier afin d'identifier les solutions possibles, le cas échéant. Hiver 2007 Hiver 2009

Objectif organisationnel I (suite)
Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Définir la complémentarité des services entre le centre jeunesse, le CRDP et les CSSS.	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier le continuum de services lorsque des enfants sont orientés vers le centre jeunesse, en fonction des responsabilités de chaque partenaire. - Réviser l'entente de collaboration entre le Centre jeunesse et le CRDP le Bouclier et s'assurer qu'elle est conforme pour la clientèle des enfants ayant un TCC. 	CRDP le Bouclier ; les 7CSSS ; Le centre jeunesse des Laurentides ; l'Agence des Laurentides	Hiver 2008
Identifier les besoins de services de maintien dans le milieu pour les enfants et leur famille et identifier les producteurs de services.	<ul style="list-style-type: none"> - Définir l'offre de services des CSSS, des CRDP et de l'association régionale des Laurentides 	les 7 CSSS ; le CRDP le Bouclier ; l'Agence des Laurentides ; L'association régionale Personnes handicapées et TCC.	Automne 2008
Pour les enfants d'âge pré-scolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire et ne nécessitant pas de services de réadaptation, définir le type d'intervention préventive nécessaire à une intégration scolaire réussie.	Cet objectif sera traité par le comité de coordination interrégional et est inscrit dans les objectifs du tronc commun. <ul style="list-style-type: none"> - Notre responsabilité régionale consistera à mettre en application ce qui aura été convenu par les coordonnateurs et entériné par le comité directeur où nous sommes participant. 	Comité de coordination du tronc commun ; Recommandations par le comité directeur et adoption par le comité stratégique du tronc commun ; Agence des Laurentides et établissements concernés pour la mise en œuvre.	Hiver 2007 Hiver 2007 Été 2007

Objectif organisationnel I (suite)
Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Respecter les décisions ministérielles en lien avec les corridors de services des RUIS pour l'orientation de la clientèle pédiatrique vers les CH tertiaires.	- Clarifier les corridors RUIS au sein des ententes de traumatologie liant les services préhospitaliers d'urgence et les CH régionaux avec les établissements tertiaires de Montréal	Comité régional de traumatologie (Direction des affaires hospitalières et médicales de l'Agence des Laurentides) ;	À définir selon les travaux entrepris par la Directions des affaires hospitalières et médicales de l'Agence des Laurentides.

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique :

Les mécanismes de liaison entre les partenaires régionaux ne sont pas clairement définis.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Développer et consolider les mécanismes de liaison entre le CR le Bouclier, les CSSS, le centre jeunesse des Laurentides et le CH régional.	- Établir des mécanismes de liaison formels faisant suite aux discussions de l'objectif organisationnel visant à assurer l'accessibilité aux services.	CRDP ; les 7 CSSS ; le CH régional (CSSS Rivière-du-Nord) ; le centre jeunesse des Laurentides ; L'Agence des Laurentides	Automne 2007 Hiver 2008

Objectif organisationnel III
S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle

Problématique :

Il n'existe pas d'uniformité dans la cueillette de données pour l'ensemble des établissements du consortium et les procédures d'accès au dossier sont imprécises dans un contexte de continuité de services.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	Ce point sera travaillé à l'intérieur du plan d'action du tronc commun du Consortium de l'ouest où chaque région contribuera à la réalisation de cet objectif.	Comité directeur et comité des coordonateurs cliniques du consortium interrégional.	Idem que tronc commun, selon l'échéancier ministériel
Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	Cet objectif sera travaillé au sein du plan d'action du tronc commun du Consortium de services.	Comité directeur du Consortium interrégional.	Automne 2008

Objectif organisationnel IV
 Évaluer les mesures mise en place au plan régional
 permettant de soutenir la réalisation complète
 du Consortium interrégional

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concerté du niveau d'implantation du consortium au plan régional.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Évaluer annuellement le plan d'action régional	- Les modalités d'évaluation seront en lien avec celles qui seront implantées au niveau du plan d'action du tronc commun. Des liens seront réalisés entre les partenaires du tronc commun et les responsables de l'implantation de la région des Laurentides.	L'agence des Laurentides en collaboration avec les partenaires régionaux.	Automne 2009

Objectif organisationnel V
**Consolider et harmoniser la gamme de services
pour le suivi à long terme de la clientèle,
selon le groupe d'âge et le milieu de vie**

Problématique :

Procédure de suivi long terme variable entre les établissements.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la région	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins de la clientèle en fonction des protocoles de suivi long terme déjà établis par la SAAQ ; - Faire un état de situation régional ; - Identifier les actions à prendre subséquemment. 	CRDP le Bouclier ; comité des coordonnateurs cliniques du consortium interrégional	À venir- travaux en lien avec les objectifs interrégionaux
Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CRDP et le milieu associatif	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser l'association régionale aux besoins de suivi long terme des enfants ; - Documenter les besoins et les volumes d'enfants et de familles pouvant bénéficier d'un suivi par un organisme communautaire ; - S'assurer que le suivi long terme est implanté au CRDP et auprès de l'organisme communautaire 	CRDP le Bouclier ; Le centre d'aide pour personnes handicapées et traumatisées crâniennes des Laurentides.	À venir- travaux en lien avec les objectifs interrégionaux

Objectif organisationnel VI
Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants
et adolescents ayant une problématique particulière

Problématique :

Offre de services déficiente envers les TCC ayant une problématique particulière.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Développer des services adaptés pour les enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins régionaux et faire les liens avec les orientations ministérielles au niveau des services surspécialisés et de la désignation éventuelle d'un responsable suprarégional ; - Développer les services régionaux requis, le cas échéant. 	MSSS ; Consortium de l'ouest Agence des Laurentides et les partenaires régionaux.	À venir- travaux en lien avec les objectifs interrégionaux

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois le présent protocole pourrait, selon la volonté des partie concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

CRDP Le Bouclier

Michel Dumaine
Directeur général par intérim
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Original signé par

Micheline Vallières Joly
Présidente-directrice générale
Date : _____

CUSM – L'hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
de Laval**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole	181
Les usagers.....	183
Cheminement de la clientèle	184
Orientation de la clientèle.....	185
Partage de l'offre de services.....	186
Mécanismes de concertation et de collaboration	191
Plan d'action régional	192
Dispositions particulières.....	202
Les signataires	203

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont considérés, par les signataires de l'entente comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**
établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle de Laval.

- **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**
établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle de Laval.

▪ **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle de Laval.

- L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

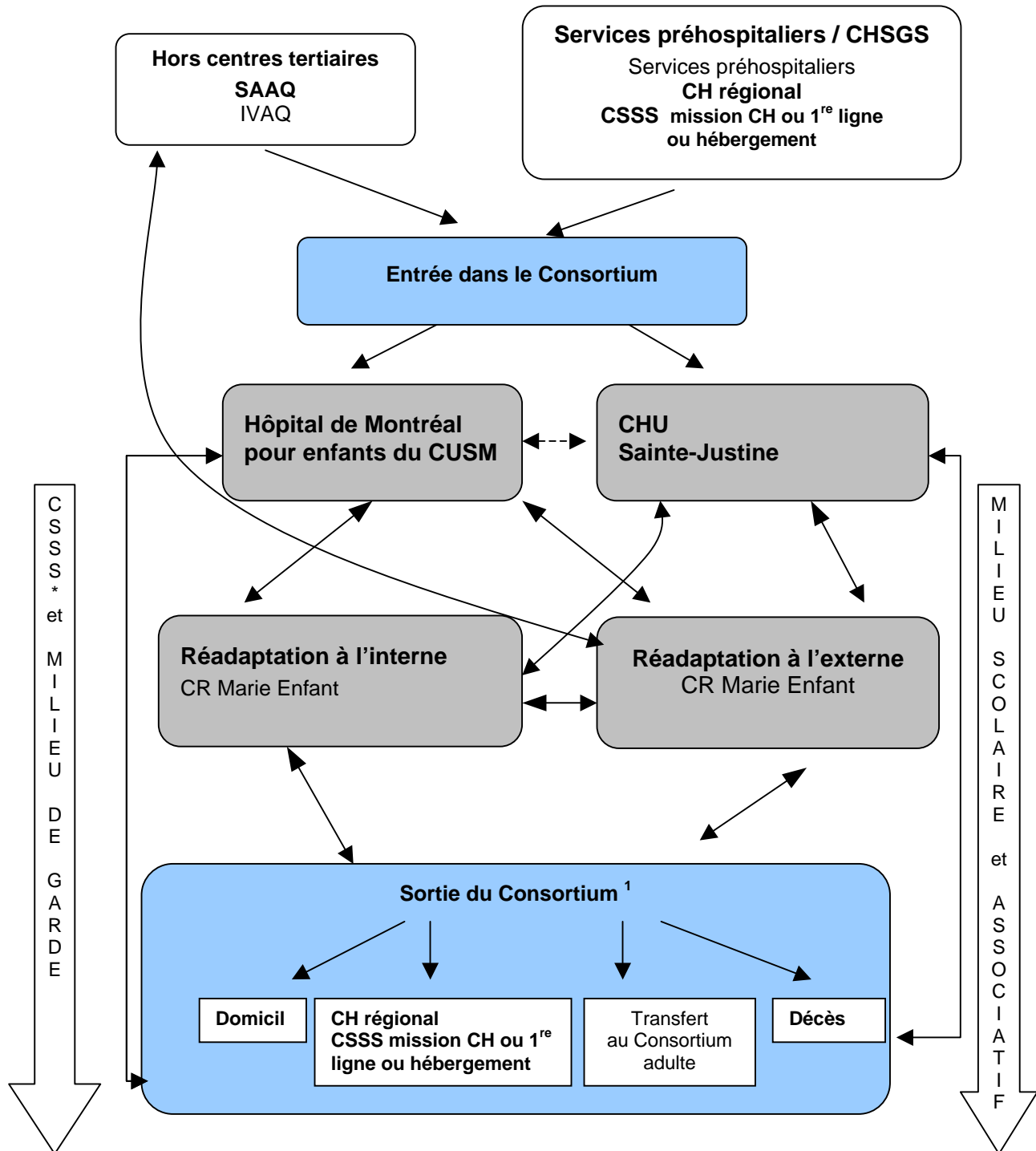
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région de Laval est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignation propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de services prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne et à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des intervention de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'utilisateur de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, ils procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de service

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services présenté dans le tableau suivant.

Région Laval
Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Corridor de services TCC - Laval	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	AQTC
1. En lien avec les déficiences				
1.5 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√		
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√		
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√	
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√	
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√	
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√	
2. En lien avec les incapacités				
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√	
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	

Corridor de services TCC - Laval	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	AQTC
2.11 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	
2.12 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie socio-résidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	
2.9 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.			√	
3. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *				
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services TCC - Laval	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	AQTC
4. En lien avec les facteurs environnementaux *				
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	
5. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *				
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :				
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :				
▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie.	√	√	√	
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement.	√	√	√	
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel.			√	
▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel.			√	
▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie.			√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services TCC - Laval	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	AQTC
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :				
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.			√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 			√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 			√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 			√	
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :				
5.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.			√	
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 			√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 			√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 			√	√

Corridor de services TCC - Laval	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte- Justine CRME	AQTC
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :				
5.4.1 Autonomie scolaire :				
▪ Assurer la reprise de la scolarisation.			√	
▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire.			√	
▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.			√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :				
▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs.			√	
▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.			√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :				
▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail.			√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional

**Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou grave**

Plan d'action régional

LAVAL

PRÉAMBULE

Considérant que chaque plan d'action régional doit être intimement lié au plan d'action du tronc commun, et que ce plan d'action du tronc commun, s'il est suivi et réalisé dans sa forme actuelle, apportera (à terme) plusieurs solutions régionales et définira mieux le travail à effectuer dans chaque région participante, nous avons convenu de circonscrire notre plan d'action régional autour de quelques objectifs spécifiques seulement. En se limitant de la sorte, nous avons également tenu compte de deux dimensions/réalités régionales qui influencent le continuum de services, dans la région de Laval, pour cette clientèle pédiatrique ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. Voici ces réalités :

- Notre proximité avec la région de Montréal, jumelée avec les historiques de consommation de services et l'absence d'un centre de réadaptation dans la région dédié à cette clientèle pédiatrique, constituent des facteurs qui prédisposent à des partenariats, plus nombreux qu'ailleurs, avec la région de Montréal;
- En amont, les arrimages reliés à cette clientèle pédiatrique doivent être convenus avec l'unique réseau local de services de la région, le CSSSL, qui fera connaître bientôt les articulations clinique et clinico-administrative définitives des programmes-services de l'ensemble de sa nouvelle structure.

En conclusion et compte tenu de ce qui précède, nous souhaitons d'abord contribuer à faire une réussite du plan d'action du tronc commun, choisissant au passage quelques cibles/problématiques régionales réalistes et plausibles, tout en sachant que de futurs arrimages inter-régionaux (notamment, avec la région de Montréal) et intra-régionaux concrétiseront le caractère évolutif de ce document.

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique :

Rétention ou méconnaissance des critères de transfert entre CH et CH tertiaires désignés. Fluidité des transferts en tenant compte des complémentarités de services.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Consolider les mécanismes de transfert du CH régional vers les CH tertiaires, notamment en tenant compte de l'aspect linguistique.	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser les volumes de clientèle. - Identifier le CH tertiaire francophone. Identifier le CH tertiaire anglophone. - Préconiser de formaliser les liens fonctionnels déjà existants ou les bonifier. 	<p>Comité de coordination</p> <p>Agences de Montréal et Laval ; CSSSL avec les deux CH tertiaires.</p> <p>Agences de Montréal et Laval avec le CSSSL et les CH tertiaires.</p>	Juin 2006
Assurer l'accessibilité aux services psychosociaux (et à d'autres services professionnels), à la suite du processus de réadaptation.	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser les volumes de clientèle. - Établir la nécessité/faisabilité/efficacité de la dispensation de ces services par la région de Montréal vs la région de Laval. - Préconiser, lorsque nécessaire/faisable/efficace, une dispensation d'une partie de ces services par le CSSSL. 	<p>Comité de coordination</p> <p>Agences Montréal et Laval avec partenaires.</p> <p>Agence de Laval, CSSSL</p>	Hiver 2007

Objectifs organisationnel I (suite)
Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
<p>Planifier l'hébergement /ressources résidentielles en vertu d'au moins 2 types de situations : (1)</p> <p>* nécessité d'un hébergement à la fin du processus de réadaptation pour éviter d'engorger le CH tertiaire (donc situation de transition) ;</p> <p>* nécessité d'un hébergement pour les enfants ne pouvant réintégrer le milieu familial.</p>	<p>- Documenter les volumes et besoins des usagers</p> <p>- Privilégier des ententes avec la région de Montréal d'abord, ou avec d'autres régions, pour faire face à une situation présentant peu de volume mais exigeant une organisation et des services spécialisés.</p> <p>- Documenter les volumes et besoins des usagers.</p> <p>- Investiguer les partenariats possibles pour la mise sur pied d'une ressource résidentielle pour plusieurs régions contiguës.</p> <p>- Mise sur pied de la ressource résidentielle.</p>	<p>Agence de Laval avec le comité directeur et les autres agences.</p> <p>Agences Montréal et Laval dans un premier temps.</p> <p>Agence de Laval en lien avec les autres agences et le comité directeur.</p> <p>Agences Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière</p> <p>Agence de Laval et les partenaires concernés</p>	<p>Automne 2006</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Automne 2006</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Hiver 2008</p>

(1) En tenant compte des capacités de la région et des ententes historiques avec la région de Montréal

Objectifs organisationnel I (suite)
Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
<p>Pour les enfants d'âge préscolaire orientés à domicile en provenance du CH tertiaire, ne nécessitant pas de réadaptation, définir le type d'intervention préventive pour l'intégration scolaire réussie de l'enfant.</p>	<p>- Documenter les volumes et les besoins</p> <p>N.B. : Notre responsabilité régionale consistera à mettre en application ce qui aura été convenu par les coordonnateurs et entériné par le comité directeur où nous sommes participant.</p>	<p>Comité de coordination du tronc commun</p> <p>Recommandations par le comité directeur et adoption par le comité stratégique du tronc commun</p> <p>Agence de Laval et établissements concernés pour la mise en œuvre</p>	<p>Hiver 2007</p> <p>Hiver 2007</p> <p>Été 2007</p>
<p>Respecter les orientations ministérielles relativement aux corridors de services des RUIS pour les transferts inter-établissements de la clientèle pédiatrique (transfert vers un CH tertiaire).</p>	<p>- Clarifier les corridors RUIS au sein des ententes de traumatologie entre les services préhospitaliers d'urgence, les CH régionaux et les établissements tertiaires de Montréal.</p>	<p>À définir</p>	<p>À définir</p>
<p>Préciser la complémentarité des services entre le CSSSL et le CJ de Laval.</p>	<p>- Impliquer ces deux partenaires pour établir une hiérarchisation des services de 1^{re} et 2^e lignes.</p> <p>- Inclusion du volet TCC pédiatrique lors de l'élaboration des ententes de collaboration entre le CSSSL et les établissements régionaux spécialisés.</p>	<p>Agence de Laval et les partenaires mentionnés</p>	<p>Juin 2007</p>

Objectif organisationnel II

Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique :

Les mécanismes de liaison entre les partenaires régionaux doivent être définis et convenus.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Préciser la complémentarité des services entre le CSSSL et le CJ de Laval. <i>Axe de travail déjà mentionné pour l'objectif I</i>	<ul style="list-style-type: none">- Impliquer ces deux partenaires pour établir une hiérarchisation des services de 1^{re} et 2^e lignes.- Inclusion du volet TCC pédiatrique lors de l'élaboration des ententes de collaboration entre le CSSSL et les établissements régionaux spécialisés.	Agence de Laval et les partenaires	Juin 2007
Revoir et valider les pratiques et procédures entre les services pré-hospitaliers et les CH tertiaires désignés.	<ul style="list-style-type: none">- S'arrimer avec les travaux de la région de Montréal.	Agences de Montréal et Laval et les partenaires en pré-hospitalier	Juin 2006

Objectif organisationnel III
S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle

Problématique :

Absence d'une banque de données avec cueillette uniforme, pour l'ensemble des établissements du consortium en trauma pédiatrique. Accès fluide au dossier médical en respect des règles de confidentialité à améliorer.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Collaborer à solutionner ces deux problématiques à l'intérieur des travaux liés au plan d'action du tronc commun et faire les liens nécessaires auprès des établissements régionaux.	- Implication constante dans les travaux de consortium.	Comité directeur	À arrimer avec les travaux du tronc commun.

Objectif organisationnel IV
 Évaluer les mesures mises en place au plan régional permettant
 de soutenir la réalisation complète du consortium interrégional

Problématique :

Absence d'un mécanisme concerté visant à évaluer le niveau d'implantation du consortium.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Évaluer annuellement le plan d'action régional.	- En lien avec l'évolution du plan du tronc commun, revoir avec les partenaires régionaux tous les résultats obtenus annuellement.	Agence de Laval et partenaires régionaux.	Janvier 2007

Objectif organisationnel VI

**Améliorer l'offre de soins et services
pour les enfants et adolescents ayant une
problématique particulière**

Problématique :

Offre de service déficiente pour les TCC présentant une problématique particulière.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Définir l'offre de service nécessaire et adéquate pour les enfants TCC manifestant des troubles graves du comportement et appliquer cette offre de service sur le plan régional selon une approche de nécessité/faisabilité/efficacité.	<ul style="list-style-type: none">- S'arrimer avec les travaux du plan d'action du tronc commun.- S'arrimer avec les travaux de la région de Montréal.- Impliquer les partenaires régionaux selon la pertinence.	Comité directeur dans un premier temps.	À venir

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois le présent protocole pourrait, selon la volonté des partie concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Original signé par

Claude Desjardins
Président-directeur général intérimaire
Date : _____

CUSM – L'hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole.....	206
Les usagers	208
Cheminement de la clientèle	209
Orientation de la clientèle	210
Partage de l'offre de services	211
Mécanismes de concertation et de collaboration	216
Plan d'action de la Mauricie et du Centre-du-Québec.....	217
Dispositions particulières	228
Les signataires.....	229

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont considérés, par les signataires de l'entente comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

- **Le Centre de réadaptation InterVal**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2) désigné pour :

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec dont celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

➤ L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.

➤ L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

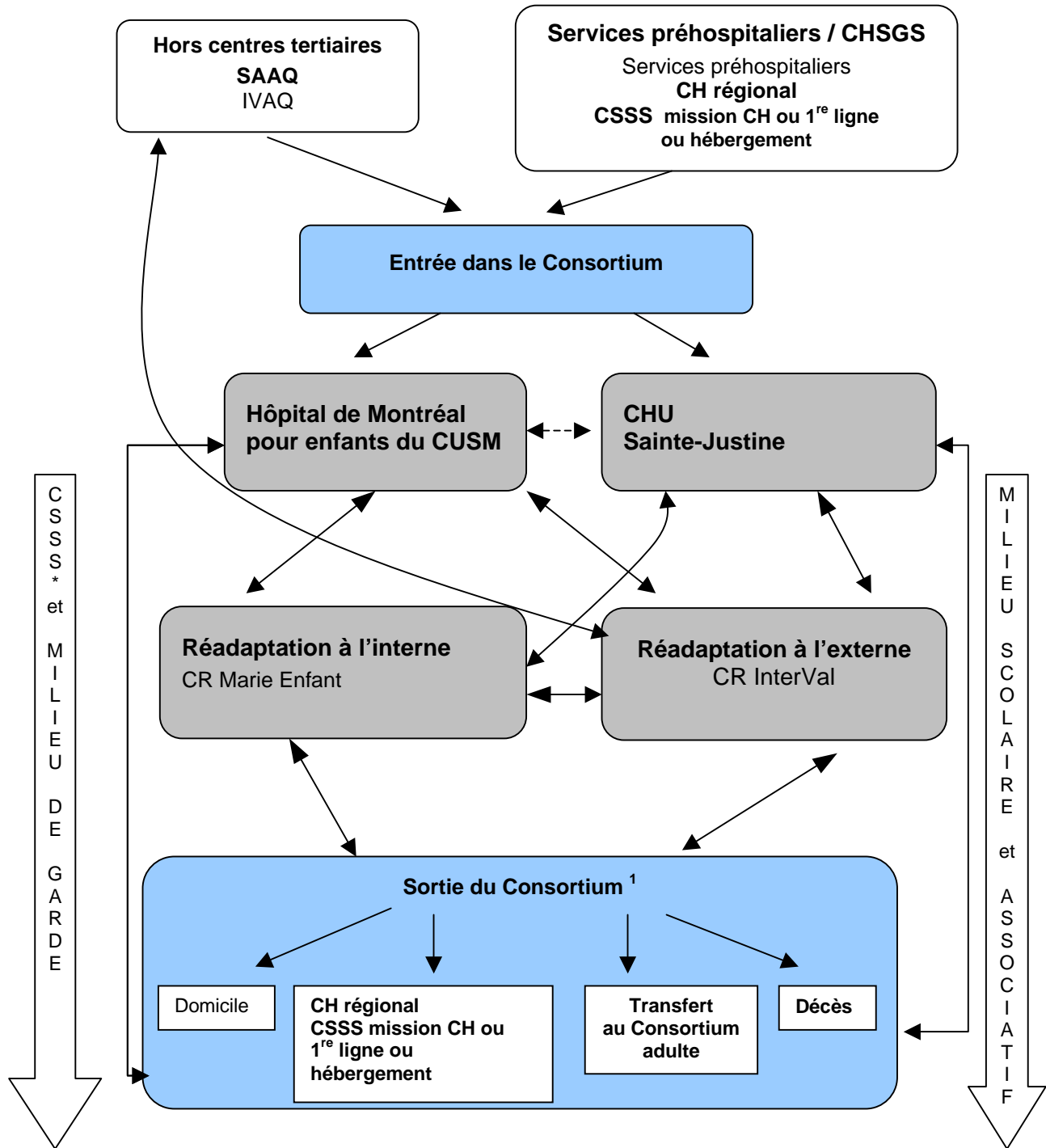
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est défini en fonction de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur famille, et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de service prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation InterVal pour la phase de réadaptation à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des intervention de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'usager de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, ils procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole, les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de services

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.
- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services présenté dans le tableau suivant.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services. Il est à noter que le tableau suivant représente l'offre générale de services pour l'ensemble de la clientèle de la Mauricie et du Centre-du-Québec Toutefois, à la suite d'une concertation des coordonnatrices cliniques (centre référent et recevant), l'offre de services pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Corridor de services Mauricie et Centre-du-Québec	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CR InterVal	Ass. TCC M-CQ
19. En lien avec les déficiences					
1.6 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√			
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√			
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√		
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√		
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√		
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√		
20. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√		
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	

Corridor de services Mauricie et Centre-du-Québec	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CR InterVal	Ass. TCC M-CQ
2.13 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	
2.14 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.10 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.				√	
21. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux*					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services Mauricie et Centre-du-Québec	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CR InterVal	Ass. TCC M-CQ
22. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	√	
23. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'usager et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie.	√	√	√	√	
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement.	√	√	√		
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie.			√	√	

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridor de services Mauricie et Centre-du-Québec	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CR InterVal	Ass. TCC M-CQ
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.			√	√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
23.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.				√	
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 				√	√

Corridor de services Mauricie et Centre-du-Québec	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CR InterVal	Ass. TCC M-CQ
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
▪ Assurer la reprise de la scolarisation.			√	√	
▪ Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire.			√	√	
▪ Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.				√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs.			√	√	
▪ Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie.				√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
▪ Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail.				√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional.

Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou sévère

Plan d'action régional

Mauricie et Centre-du-Québec

Préambule

La saisie de données effectuée dans le cadre de l'élaboration du Consortium interrégional nous indique que, sur une période de trois ans, il y a eu en moyenne onze (11) nouvelles inscriptions de jeunes âgés de moins de 18 ans au programme de traumatologie du Centre de réadaptation InterVal, en raison de séquelles d'un traumatisme craniocérébral de degré modéré ou sévère. Si on exclut du nombre total de jeunes nouvellement inscrits ceux qui étaient âgés de 16 et 17 ans, la moyenne se situe alors à près de 8 enfants ou adolescents par année.

Le plan d'action régional concerne ce groupe de jeunes dont la condition nécessite l'accessibilité et la disponibilité de services ultraspécialisés, spécialisés ou de soutien, et ce, sans délai ni discontinuité. Les partenaires régionaux du Consortium interrégional, soit l'Agence et le Centre de réadaptation InterVal, s'entendent pour faire en sorte que le retour des jeunes orientés au CH tertiaire ou en réadaptation à l'interne à Montréal se fasse dans des conditions optimales.

Finalement, le plan d'action est élaboré dans un contexte où le rôle de différentes instances s'ajuste au nouveau cadre légal. La présence des RUIS, les mandats populationnels dévolus aux instances locales et la modification du rôle des agences de santé et de services sociaux constituent de nouveaux paramètres qui influenceront sans aucun doute les mesures ou les moyens prévus pour atteindre les objectifs d'accessibilité et de fluidité des services ainsi que les services à développer ou à consolider.

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique :

Rétention ou méconnaissance des critères de transferts de certains CH vers les CH tertiaires désignés.. Disponibilité de ressources d'hébergement adaptées à la clientèle pédiatrique. Absence de protocoles d'ententes avec le centre de réadaptation régional. Contribution des services de première ligne.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'entrée dans le Consortium par les CH tertiaires désignés (CH Ste-Justine)	<ul style="list-style-type: none"> - Signifier au RUIS la participation régionale au sein du Consortium - Inclusion du volet TCC enfant-adolescent dans l'entente avec le RUIS - Rappel du corridor de services au sein du comité régional de traumatologie - Rappel du corridor de services au sein du comité local de traumatologie - Identification d'un répondant médical au sein des équipes d'urgence - Disponibilité des critères de transfert à l'urgence - Identification du répondant régional pour la résolution des litiges - Appropriation du bilan de l'évaluation régionale de l'implantation du Consortium - Diffusion de la présence régionale au sein du Consortium et communication des mécanismes d'accès (corridor de services) dans le cadre des ententes de collaboration CSSS -CR 	<ul style="list-style-type: none"> Agence Agence Agence CHRTR et CH avec traumatologie CHRTR et CH avec traumatologie via le comité local CHRTR et CH avec traumatologie via le comité local Agence Agence, CHRTR et CH avec traumatologie Agence, CR InterVal, comité régional de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> 2006-2007 à venir 2005-2006 2006-2007 2006-2007 2006-2007 2005-2006 2007-2008 2006-2007

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.2 Développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter la situation régionale de l'hébergement requis pour les enfants et adolescents TCC - Valider la disponibilité et l'adaptation des ressources (FA) actuellement reconnues par le CJ pour accueillir les enfants ayant une DP (TCC) - Identifier les obstacles et, le cas échéant, rendre accessible les ressources d'hébergement spécifiques 	<p>Agence, CR InterVal</p> <p>Agence, CJ, CR InterVal</p> <p>Agence, CJ, CR InterVal</p>	<p>2006-2007</p> <p>2006-2007</p> <p>2006-2007</p>
1.3 Définir le type d'intervention préventive pour une intégration scolaire réussie, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter le volume régional - Documenter les besoins en région 	<p>CR InterVal</p> <p>CR InterVal</p>	<p>2006-2007</p> <p>2006-2007</p>
1.4 Définir les corridors de services et revoir les ententes interétablissements pour l'orientation en CH tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les ententes interétablissements à la lumière des orientations ministérielles 	<p>Agence</p>	<p>À venir</p>
1.5 Assurer le retour en région des enfants et des adolescents admis au CH tertiaire ou au CRME	<ul style="list-style-type: none"> - Établir des protocoles d'entente entre le CH Ste-Justine, le CRME et le CR InterVal précisant les mécanismes de communication, de liaison assurant un retour optimal en région des enfants et des adolescents admis au CH tertiaire ou au Centre de réadaptation 	<p>CR InterVal</p>	<p>2006-2007</p>

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.6 Préciser la contribution des réseaux locaux de services et la complémentarité des services entre le CRDP, le CJ et les CSSS	<ul style="list-style-type: none"> - Établir l'offre régionale de services de la 1^{re} et 2^e ligne des établissements impliqués dans le cadre des ententes de collaboration touchant les secteurs Jeunesse et la Déficience physique, notamment pour les volets du soutien à domicile et du soutien psychosocial - Inclusion du volet TCC lors de l'élaboration ou de la mise à jour des ententes de collaboration CR-CSSS - Implantation du gestionnaire de cas TCC - Identifier les obstacles à l'accès aux services de première ligne et proposer les mesures correctrices 	<p>Agence, CR, CSSS, CJ, CHRTR</p> <p>CR, CSSS</p> <p>Agence, CR, CSSS Agence, CSSS, CR InterVal, CHRTR</p>	<p>2006-2007</p> <p>2006-2007</p> <p>2006-2007 2007-2008</p>

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique :

Quelques éléments spécifiques des mécanismes de transfert et de rentrée restent à définir.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
2.1 Définir les mécanismes de rentrée dans le consortium	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter la situation régionale - Identifier les difficultés de rentrée, et, le cas échéant, les mesures correctrices - Communiquer aux réseaux locaux de services les situations de rentrée et les mécanismes permettant le retour au consortium après l'étape du suivi à long terme 	Agence, CR InterVal Agence, CR InterVal Agence, CR InterVal	2006-2007 2006-2007 2006-2007
2.2.1 Consolider et assurer la transition de la clientèle de plus de 16 ans ou selon le profil occupationnel en milieu adulte 2.2.2 Consolider et assurer la transition de la clientèle de réadaptation de plus de 18 ans en milieu adulte	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer, si le profil correspond, le transfert au programme adulte dès l'âge de 16 ans - Participation du client (et de la famille) au plan d'intervention balisant le passage au programme adulte - Préparation et participation du client (et de la famille) au plan d'intervention balisant le passage au programme adulte 	CR InterVal CR InterVal CR InterVal	En continu En continu En continu

Objectif organisationnel III
Documenter le profil de la clientèle desservie

Problématique :

Absence d'une banque de données uniformisée en trauma pédiatrique.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.1 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Valider les besoins d'information au niveau régional - Colliger et rendre disponibles aux divers comités les données administratives et cliniques régionales requises - Assurer la constance des degrés de sévérité du TCC au dossier médical de l'utilisateur en lien avec l'objectif 1 du plan d'action régional - Participation de la région en tant que site WEB pilote (FECST) 	Agence, CR InterVal CHRTR, CR InterVal et CH avec traumatologie Comté régional de traumatologie, comités locaux de traumatologie Agence, CH désignés	Selon l'échéancier du Consortium 2005-2006
3.2 Élaborer un plan concerté de partage des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins régionaux - Proposer des modes de transmission des connaissances 	Agence, CR InterVal Agence, CR InterVal	2006-2007 2007-2008

Objectif organisationnel IV
Assurer le monitoring, le suivi de gestion
et l'évaluation concertée du Consortium

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concerté du niveau d'implantation du consortium

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
4.1 Procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium en lien avec le Consortium interrégional adulte de l'Ouest du Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier le responsable de la cueillette des données - Participation régionale à la démarche d'évaluation de l'implantation du Consortium 	<ul style="list-style-type: none"> Agence Agence 	<ul style="list-style-type: none"> 2007-2008 2006-2007
4.2 Évaluer annuellement l'atteinte des objectifs du plan d'action régional	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'instance responsable - Implanter un processus de reddition et de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Agence Agence 	<ul style="list-style-type: none"> 2006-2007 2006-2007
4.3 Effectuer le suivi des ententes	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en application le mécanisme de suivi convenu au protocole d'entente, mesurer la satisfaction des partenaires et évaluer les corridors de services selon les paramètres définis par le comité directeur - Communiquer aux instances responsables régionales ou interrégionales le bilan de ce suivi et proposer les mesures correctrices s'il y a lieu 	<ul style="list-style-type: none"> CR InterVal, Agence Agence, CR InterVal 	<ul style="list-style-type: none"> 2006-2007 (protocole d'entente) 2006-2007 (protocole d'entente)

Objectif organisationnel V
Consolider et harmoniser la gamme de services pour le suivi à long terme de la clientèle, selon le groupe d'âge et le milieu de vie

Problématique :

Harmonisation de la procédure de suivi long terme

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
5.1 Harmoniser les paramètres de suivi long terme de la clientèle entre les centres de réadaptation	- Diffuser et appliquer le cadre de référence	Agence	À venir
5.2 Définir la complémentarité des services pour le suivi à long terme entre le CRDP et les CSSS	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les balises de la hiérarchisation des services pour camper les responsabilités quant au suivi à long terme entre la 1^{re} et la 2^e ligne pour les TCC, dans l'élaboration des ententes de collaboration ou leur mise à jour. - Définir les services à long terme dans la perspective de l'intégration et de la participation sociale 	Agence, CSSS, CR InterVal, CHRTR Agence, CSSS, CR InterVal	2006-07 À venir
5.3 Évaluer la disponibilité des ressources médicales dans la communauté pour la prise en charge à long terme	- Documenter la situation régionale	CR InterVal, Agence, CHRTR	À venir

Objectif organisationnel VI
Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants
et adolescents ayant un trouble grave de comportement

Problématique :

Offre de services envers les TCC ayant un trouble grave de comportement. Établir des ententes régionales pour soutenir les TCC ayant une double problématique.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
6.1 Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC manifestant des troubles graves de comportement	- Assurer la continuité régionale des soins et services en conformité avec la désignation du MSSS	CR InterVal, CHRTR, CSSS-CH	À venir
6.2 Définir les liens de complémentarité et de collaboration pour les situations de double problématique	- Documenter la situation régionale pour les enfants et adolescents présentant une double problématique - Établir les mécanismes de complémentarité dans le cadre des ententes de collaboration entre les CSSS, le CR InterVal et les autres établissements spécialisés	CR InterVal CSSS, CR InterVal et autres établissements spécialisés	À venir

Note * : en conformité avec la désignation éventuelle du MSSS

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois le présent protocole pourrait, selon la volonté des partie concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

Centre de réadaptation InterVal

Original signé par

Serge Lemieux
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Original signé par

Michèle Laroche
Présidente-directrice générale
Date : _____

CUSM – L'hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____

**Consortium interrégional de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Protocole d'entente

**Pour les soins et services
des enfants et adolescents TCC
de la Montérégie**

Février 2006

Table des matières

Préambule au protocole.....	232
Les usagers	234
Cheminement de la clientèle	235
Orientation de la clientèle	236
Partage de l'offre de services	237
Mécanismes de concertation et de collaboration	242
Plan d'action régional	243
Dispositions particulières	251
Les signataires.....	252

Préambule au protocole

- Le présent protocole d'entente s'inscrit dans le cadre de la désignation, par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, des établissements constituant les centres participant au continuum de services pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral.
- Le présent protocole d'entente doit respecter les désignations déjà faites par le ministère ainsi que le partage des rôles entre les établissements constituant le Consortium.
- Le présent protocole d'entente couvre le volet interrégional du processus. Il fait sien tous les éléments du tronc commun : principes directeurs, buts, valeurs, clientèle visée, structure organisationnelle, critères d'orientation et de transferts, mécanismes de liaison et de communication, mécanismes d'évaluation concertée, objectifs organisationnels et plan d'action.
- Les ententes interétablissements en traumatologie conclues entre les centres partenaires font partie intégrante du présent protocole.
- Les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont considérés, par les signataires de l'entente comme partie prenante et partenaires essentiels au continuum de services.

Identification des parties au protocole

- **Le Centre montérégien de réadaptation :**

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

« Offrir des services spécialisés de réadaptation à l'externe aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de la région de la Montérégie ».

En outre, compte tenu des lignes de services identifiées, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine offriront des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) et le Centre de réadaptation Marie Enfant des services spécialisés de réadaptation à l'interne pour la clientèle de cette région.

- **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de la Montérégie.

- **Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 81) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles seront dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce) aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de la Montérégie.

- **Le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine :**

établissement légalement constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chap. S-4.2, a 84) envers la clientèle pédiatrique :

« Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience; il s'assure que leurs besoins seront évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de cette installation ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils seront dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

En outre, offrir des services de réadaptation interne aux enfants et adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère pour la région de Montréal et à la clientèle provenant des régions de l'Ouest du Québec, dont celle de la Montérégie.

- L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie : créée par décret du gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux avec les établissements des autres régions offrant des services suprarégionaux par l'entremise des agences régionales concernées.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : créée par décret du Gouvernement du Québec, a des responsabilités reliées à la planification, à la coordination et à l'organisation des services, incluant la responsabilité d'établir des liens interrégionaux pour faciliter l'accès aux services supra régionaux offerts par les établissements de sa région.

Les usagers

Définition

Les usagers desservis par les membres du Consortium sont des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.

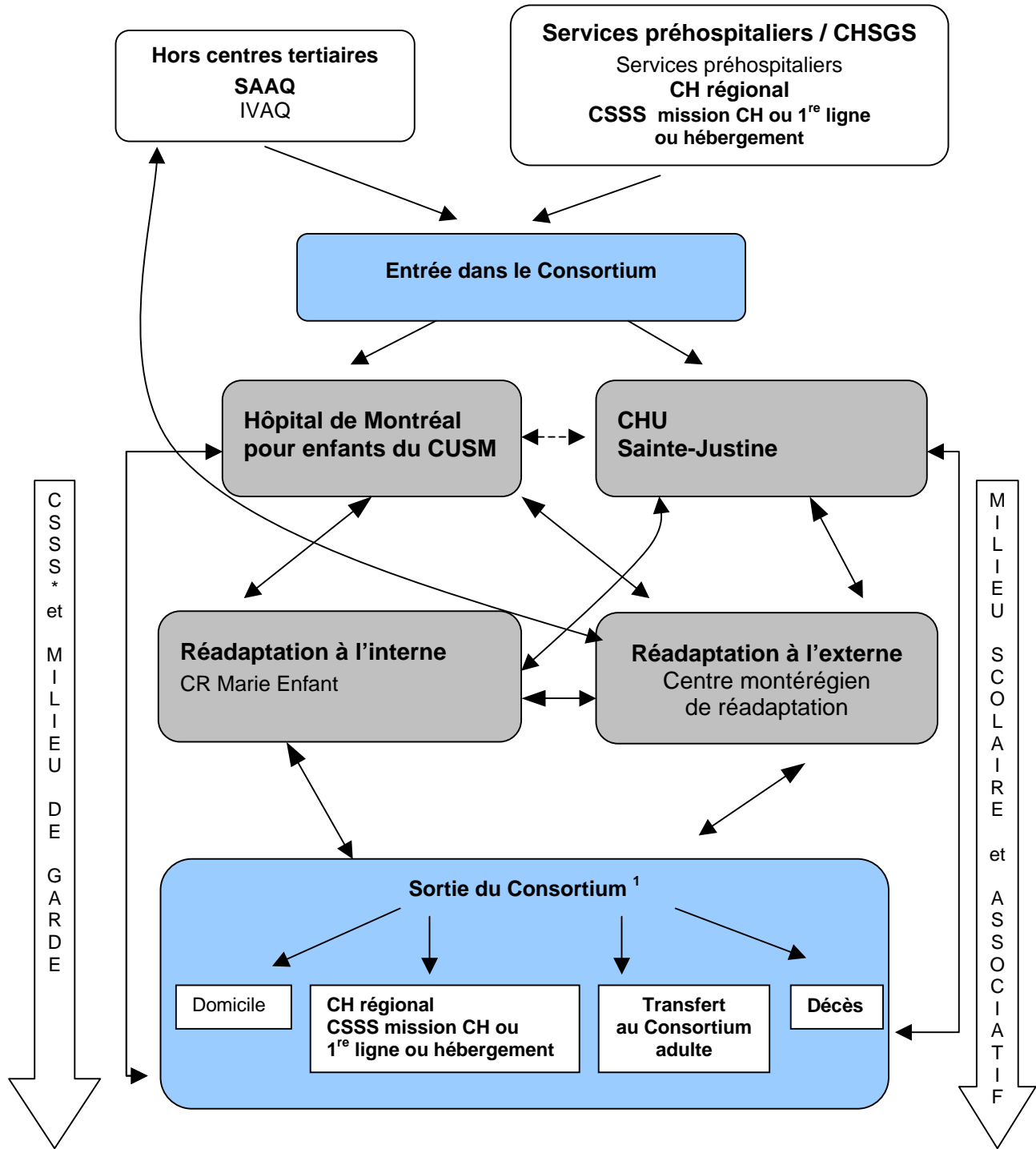
Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents de la région de la Montérégie est défini en fonction de ses besoins spécifiques et de celle de sa famille et ce, dans le respect des désignations propres à chacun des établissements membres du Consortium.

Ce corridor de service prévoit que le cheminement de l'utilisateur est bidirectionnel lui permettant ainsi, à toute étape, dans le respect des critères d'orientation et de modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

Le schéma suivant illustre le cheminement de la clientèle retenu.

Cheminement de la clientèle



Note 1 : ré-entrée possible à tout moment dans le consortium tel qu'établi par les critères d'orientation

Note * : Mécanisme de liaison avec le CSSS tel qu'établi par les mécanismes de liaison et de communication

Orientation de la clientèle

Critères et modalités

- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère doivent être orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants ou le CHU Sainte-Justine dans les plus brefs délais et selon les modalités prévues dans le protocole de transfert en traumatologie.
- Tous les enfants et adolescents venant de subir un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère reçoivent leurs soins aigus de santé physique et de réadaptation précoce à l'Hôpital de Montréal pour enfants ou au CHU Sainte-Justine.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre de réadaptation Marie Enfant pour la phase de réadaptation à l'interne.
- Les enfants et adolescents qui répondent aux critères sont orientés, selon les modalités prévues, vers le Centre montérégien de réadaptation pour la phase de réadaptation à l'externe.
- Tous les enfants et adolescents pour qui la poursuite des intervention de réadaptation ne contribuera pas au progrès ayant un impact sur la participation sociale ou pour qui le retour sécuritaire à domicile est impossible, sont orientés vers leur région d'origine, selon les mécanismes prévus.
- L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour et la prise en charge clinique et résidentielle, le cas échéant, des enfants et adolescents identifiés au point précédent.
- Face à un refus de l'usager de poursuivre sa réadaptation, les établissements signataires du protocole tentent d'inciter ce dernier à poursuivre sa réadaptation jusqu'à terme. Le cas échéant, si les établissements ont la présomption que le développement et la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent sont compromis, procéderont à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Liaison et communication

- Les parties au présent protocole conviennent de se conformer aux mécanismes de liaison et de communication convenus.
- Les établissements font connaître aux parties du présent protocole, les modalités organisationnelles (nom de la personne désignée, horaire, remplacement, etc.) et de communication (téléphone, télécopieur, courrier électronique, etc.) retenues pour actualiser les mécanismes et s'assurent de les maintenir à jour.

Offre de service

- L'offre de services complète s'actualise en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Partage de l'offre de service

- Les parties au présent protocole ont établi un partage de l'offre de services. Il est à noter que le tableau suivant représente l'offre générale de services pour l'ensemble de la clientèle de la Montérégie. Toutefois, suite à une concertation des coordonnatrices cliniques (centre référent et recevant), l'offre de services pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

Région Montérégie

Offre de services pour les clients à l'intérieur du Consortium TCC enfants

Corridors de services Montérégie	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CMR	ATCCM
1. En lien avec les déficiences					
1.1 Évaluer l'ampleur de l'instabilité physiologique.	√	√			
1.2 Assurer la stabilisation médicale.	√	√			
1.3 S'assurer que l'usager ne présente pas de déficiences non détectées initialement, ni de complications secondaires.	√	√	√		
1.4 Préserver la stabilité de l'état physiologique.	√	√	√		
1.5 Prévenir toute complication médicale pouvant survenir en cours de réadaptation.	√	√	√	√	
1.6 Assurer la convergence des informations médicales données aux usagers, à leur famille et aux intervenants.	√	√	√	√	
2. En lien avec les incapacités					
2.1 Stimuler l'éveil du coma, la déglutition et l'orientation et préserver l'intégrité des structures musculosquelettiques et anatomo-physiologiques, reliées à la résistance et à la protection, dans le but de limiter les incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles.	√	√	√		
2.2 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles afin de permettre à l'usager de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	

Corridors de services Montérégie	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CMR	ATCCM
2.3 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour pallier aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie personnelle.	√	√	√	√	
2.4 Faciliter la récupération et l'amélioration des capacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociorésidentielle, sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.5 Faciliter l'apprentissage de l'utilisation de stratégies et moyens compensatoires pour suppléer aux incapacités motrices, intellectuelles, comportementales, langagières et perceptivo-sensorielles de l'utilisateur afin de lui permettre de réaliser des habitudes de vie liées à son autonomie sociocommunautaire, scolaire, occupationnelle et professionnelle adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant et de l'adolescent.			√	√	
2.6 Faciliter l'intégration et la consolidation des stratégies et moyens compensatoires pour pallier les incapacités persistantes et optimiser la participation sociale.				√	√
3. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *					
3.1 Soutien à la famille (parents, fratrie, etc.).	√	√	√	√	√
3.2 Partenariat et soutien avec les réseaux de garde, éducation et loisirs.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridors de services Montérégie	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CMR	ATCCM
4. En lien avec les facteurs environnementaux *					
4.1 Évaluer les facilitateurs /obstacles environnementaux.	√	√	√	√	
4.2 Intervenir de manière à utiliser de façon optimale les facilitateurs, réduire les obstacles environnementaux et en atténuer les impacts.	√	√	√	√	
5. En lien avec les habitudes de vie (toutes les habitudes de vie sont évaluées selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent) *					
5.1 Autonomie personnelle (soins personnels et de santé, habillage, prise de repas, sommeil, déplacements dans l'environnement immédiat) :					
5.1.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental (établissement, milieu naturel).	√	√	√	√	
5.1.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle :					
▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie.	√	√	√	√	
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement.	√	√	√		
▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel.				√	
▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie.			√	√	√

* Note : pour cet objectif, le milieu associatif assure un soutien et un accompagnement à l'enfant et ses proches.

Corridors de services Montérégie	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CMR	ATCCM
5.2 Autonomie sociorésidentielle (participation à la préparation de repas, à l'entretien de la résidence, aux relations affectives parents-enfants) :					
5.2.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.			√	√	
5.2.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et à la reprise des rôles sociaux :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en lien avec l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux en ajustant le soutien environnemental requis. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie sociorésidentielle et les rôles sociaux dans le milieu résidentiel. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.3 Autonomie sociocommunautaire (loisirs, utilisation des services publics, relations sociales, déplacements dans la communauté) :					
5.3.1 Évaluer le degré de réalisation des habitudes de vie selon le niveau de récupération de l'utilisateur et le contexte environnemental.				√	
5.3.2 Intervenir de manière à soutenir la reprise graduelle des habitudes de vie reliées à l'autonomie socio-communautaire pour optimiser la participation sociale :					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie. 				√	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté. 				√	

Corridors de services Montérégie	Disponibilité des services				
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	CHU Sainte-Justine CRME	CMR	ATCCM
5.3.2 (suite) <ul style="list-style-type: none"> Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale. 				√	√
5.4 Autonomie scolaire, occupationnelle et professionnelle (étude, loisirs, travail, bénévolat) :					
5.4.1 Autonomie scolaire :					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la reprise de la scolarisation. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les besoins de soutien à l'intégration scolaire. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la réintégration scolaire et son maintien en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	
5.4.2 Autonomie occupationnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer, développer et favoriser la participation à des activités de loisirs. 			√	√	
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la participation à des activités de loisirs en équilibre avec les autres sphères d'autonomie. 				√	√
5.4.3 Autonomie professionnelle :					
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer, développer et favoriser l'intégration à l'habitude de vie travail. 				√	

Mécanismes de concertation et de collaboration

Structure organisationnelle

- Les parties au présent protocole constitueront un sous-comité de coordination en conformité avec le regroupement fonctionnel par corridor prévu au protocole d'entente du tronc commun.
- Les parties au présent protocole s'inscrivent comme partenaires des comités directeur, stratégique et de coordination.

Partage des connaissances

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global de partage des connaissances.

Évaluation concertée

- Les parties au présent protocole s'engagent comme partenaires au plan global d'évaluation concertée.
- Les parties au présent protocole s'engagent par le plan d'action régional à participer à l'évaluation des mesures mises en place.

Plan d'action

- Les parties au présent protocole adhèrent au plan d'action du Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.
- Les parties au présent protocole s'engagent à actualiser le plan d'action régional.

Consortium interrégional
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme craniocérébral
modéré ou grave

Plan d'action régional

Montréal

Objectif organisationnel I

Assurer l'accessibilité aux services

Constats :

1. Les analyses statistiques depuis avril 2001 nous ont démontré que la majorité de la clientèle pédiatrique est orientée vers les centres hospitaliers tertiaires pédiatriques par tous les centres hospitaliers désignés en Montérégie à l'exception de la clientèle des bébés secoués du Sud de la Montérégie (CSSS Haute-Yamaska et CSSS La Pommeraie) qui est orientée vers le CHUS.
2. Pour les ressources d'hébergement, le CMR s'est vu confier le mandat de développer ces ressources en juin 2004.
3. Il est difficile, voire impossible, d'avoir accès aux services psychosociaux dans les CSSS pour la clientèle ayant un agent payeur.
4. Le CMR et l'ATCCM ont défini les modalités de transfert de la clientèle pédiatrique (adolescents 14-18 ans) en 2003.

Problématiques :

1. S'assurer de répondre aux besoins des jeunes en terme d'hébergement le plus près possible de leur milieu de vie d'origine.
2. Les jeunes et les familles avec agent payeur ne peuvent recevoir des services psychosociaux auprès des CSSS. De plus, le parent ou le jeune ayant besoin de support psychosocial doit lui-même faire la demande au CSSS.
3. Des modalités de suivi de l'entente entre l'ATCCM et le CMR sont à préciser et à mettre en place.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Assurer l'entrée dans le Consortium par les CH tertiaires désignés	- Documenter et s'assurer que les enfants ayant subi un TCC modéré ou sévère des régions couvertes par le consortium y entrent par les CH tertiaires	Comité régional de trauma (représentants des Agences font rapport au comité stratégique)	Printemps 2007
	- S'assurer de faire les liens avec les CSSS Haute-Yamaska et La Pommeraie pour références dans les CH tertiaires désignés	Agence régionale et CRT	Printemps 2007
	- Identifier les volumes d'usagers ciblés - Identifier les pistes de solutions. - Entériner les pistes de solutions - Consolider les mécanismes de transfert des CH régionaux vers les CH tertiaires	CMR CMR et Agence Agence et CRT Agence régionale	Printemps 2009 Automne 2009
Définir et consolider des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique	- Développer des places d'hébergement le plus près des milieux de vie des familles pour recevoir la clientèle le plus rapidement possible	Agence régionale CMR	Automne 2006

Objectif organisationnel I (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Réviser les corridors et les ententes de services entre CMR et les CH pédiatriques tertiaires pour orienter la clientèle ayant besoin d'hébergement en Montérégie	- Appliquer les orientations inter RUIS et les orientations ministérielles	CMR et l'Agence régionale, services préhospitaliers	À venir
Assurer l'accessibilité aux services psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les besoins des usagers - Revoir le processus de demande ou de transfert des besoins psychosociaux de la clientèle auprès des CSSS - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solution 	Support de l'Agence régionale	Printemps 2007
Définir la collaboration et la complémentarité des services avec les CSSS	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solution 	Support de l'Agence régionale	Printemps 2007
Définir les modalités de suivi de l'entente entre l'ATCCM et le CMR	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solution 	ATCCM et CMR	Printemps 2007
Définir le type d'intervention préventive pour une intégration scolaire réussie, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile	- Appliquer les recommandations du comité de coordination interrégional	CMR et CSSS	Printemps 2007

Objectif organisationnel II
Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Constat :

L'ensemble des centres hospitaliers du comité régional de trauma peut orienter directement un client vers les centres hospitaliers tertiaires pédiatriques.

Certains clients de 16 ans et plus passent par le Consortium adulte de la Montérégie.

Les pratiques et les procédures de transfert entre les établissements du Consortium et le CMR ne sont pas uniformes.

Problématique :

Les centres tertiaires pédiatriques désignés n'ont pas de contact radio avec les ambulanciers.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Consolider les mécanismes de liaison et de communication entre les services hospitaliers et les centres hospitaliers tertiaires	- Établir des mécanismes formels de liaison visant à assurer l'accessibilité aux services.	CSSS Agence	Automne 2007
La clientèle de 16 ans et plus orientée dans un CH tertiaire adulte de Montréal doit revenir en Montérégie (consortium adulte ou jeunesse)	- Actualiser les mécanismes de transfert visant cette clientèle.	CMR Agence	Hiver 2008
Consolider les mécanismes de transfert entre les établissements du consortium et CMR	- Produire un formulaire de référence commun - Entériner le formulaire en concordance avec la politique de dossiers de chacun des établissements - Clarifier les mécanismes de transfert pour les services médicaux entre le CMR et HSJ-CRME	Comité de coordination Comité directeur	Hiver 2008 Hiver 2009

Objectif organisationnel III
S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle

Problématique :

Absence d'une banque de données uniformisée en trauma pédiatrique.

Lors de transferts de dossiers dans le Consortium, nous n'avons pas accès rapidement aux informations médicales.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la cueillette des données, notamment en contribuant à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir l'inventaire des données administratives et cliniques ▪ Identifier les besoins d'information ▪ Évaluer la capacité des systèmes à fournir l'information souhaitée ▪ Évaluer la modalité la plus pertinente pour recevoir des données probantes ▪ Établir les priorités, statuer et implanter le système choisi à partir des systèmes présents dans les établissements ▪ Identifier les degrés de sévérité au dossier médical de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> Comité d'évaluation de programme Comité directeur Comité directeur Comité de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Automne 2007 Selon échéancier ministériel Selon échéancier ministériel Selon échéancier ministériel
Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un consentement de l'utilisateur pour la diffusion des informations au sein des établissements du Consortium en incluant les CSSS de la région de la Montérégie 	<ul style="list-style-type: none"> Comité de travail des CH tertiaires Comité directeur Agence régionale 	<ul style="list-style-type: none"> Automne 2008 Automne 2008

Objectif organisationnel IV
Évaluer les mesures mises en place au plan régional
permettant de soutenir la réalisation complète
du Consortium interrégional

Problématique :

Absence de mécanisme d'évaluation concerté du niveau d'implantation du consortium au plan régional

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Évaluer annuellement le plan d'action régional	- Mettre à la disposition du comité d'évaluation les données pertinentes de notre région	Agence régionale et CMR	Annuellement

Objectif organisationnel V
**Consolider et harmoniser la gamme de services
pour le suivi à long terme de la clientèle,
selon le groupe d'âge et le milieu de vie**

Problématique :

Procédure de suivi long terme variable entre les établissements.

Les arrimages entre l'ATCCM et le CMR ne sont pas clairs au niveau de la clientèle avec un suivi long terme.

L'accès aux services médicaux est difficile sur tout le territoire.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CMR et le milieu associatif	<ul style="list-style-type: none"> - Définir la nature et les paramètres du suivi long terme pour chaque organisme - Assurer l'application de cette démarche 	CMR ATCCM	En continu
Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la communauté	- À documenter	Agence régionale	En continu
Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre les établissements de réadaptation	- S'entendre sur le développement attendu selon le niveau d'âge du jeune	Comité de coordination, entériné par la suite par le comité directeur	À venir

Objectif organisationnel VI
Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants et adolescents ayant un trouble grave du comportement

Problématique :

Offre de services déficiente envers les TCC ayant une problématique particulière.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
Développer des services adaptés pour les enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC selon les phases de réadaptation - Identifier les ressources responsables de l'offre de services à cette clientèle * - Assurer l'implantation de ressources appropriées - Délimiter les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Développer les ressources nécessaires pour le suivi de la clientèle * - Définir les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie 	À venir	À venir
Développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC selon les phases de réadaptation - Identifier les ressources responsables de l'offre de services à cette clientèle * - Assurer l'implantation de ressources appropriées - Délimiter les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Développer les ressources nécessaires pour le suivi de la clientèle * - Définir les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie 		

* en conformité avec la désignation éventuelle du MSSS

Dispositions particulières

- Les termes de l'entente ne peuvent être modifiés ou remplacés qu'avec l'accord de toutes les parties. Ces modifications doivent être signées par tous et annexées à l'entente pour en faire partie intégrante.
- Si une des parties concernées par le présent protocole ne peut respecter une clause du protocole ou, selon le cas, modifie ou remplace son offre de services pour différents motifs, et que ce changement a le moindre impact sur les services intra ou interrégionaux, elle doit en aviser les autres parties concernées par le présent protocole par avis écrit, et ce, 90 jours avant la date où cette modification ou ce remplacement sera effectif.

Durée du protocole

- Le présente protocole prend effet le 9 février 2006. Sa durée est de trois ans.
- Toutefois, le présent protocole pourrait, selon la volonté des partie concernées, être reconduit intégralement ou reconduit après modifications convenues entre les parties pour une période additionnelle de trois ans.

Les signataires

Centre montréalais de réadaptation

Original signé par

François Blais
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Original signé par

Luc Boileau
Président-directeur général
Date : _____

CUSM – L'hôpital de Montréal pour enfants

Original signé par

Arthur T. Porter
Directeur général
Date : _____

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine / Centre de réadaptation Marie Enfant

Original signé par

Kiem Dao
Directeur général
Date : _____

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Original signé par

David Levine
Président-directeur général
Date : _____