

---

**Consortium intrarégional de Montréal  
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 2-89510-279-1**

**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](http://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  
201 Crémazie est, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal, (Québec) H2M 2L2

**Objet :** Visite d'évaluation du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec et du Consortium intrarégional de Montréal 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 l'Ouest du Québec et du Consortium intrarégional, nous vous transmettons les documents du Consortium intrarégional de Montréal pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère. Ce protocole d'entente propre aux établissements montréalais de trauma pédiatriques présente les éléments qui renforcent leur cohésion et définissent l'offre de services sur le territoire montréalais.

Les travaux débutés en 2003 ont été finalisés parallèlement au volet interrégional. L'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services ont été les éléments guidant toute la démarche d'élaboration de ce Consortium.

Le document reprend les éléments de la matrice d'évaluation ministérielle, soit le 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 les établissements de Montréal.

Les volets touchant les critères d'orientation et les mécanismes de liaison ont été intégrés dans le protocole interrégional, les établissements montréalais ayant fait le choix de se conformer aux mêmes critères.

Par la suite, l'offre de services et le plan d'action identifiant les obstacles soulevés et les actions envisagées sont présentés.

Les membres du Consortium entendent tout mettre en œuvre pour assurer une offre de soins et services optimale autant à la clientèle montréalaise qu'aux usagers des autres régions.

La visite d'évaluation par le groupe conseil du MSSS est attendue favorablement pour marquer le début d'un nouvel élan vers l'étape de l'implantation.

Nous vous remercions de votre collaboration et de votre soutien tout au long du processus.

Veillez 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 intrarégional de Montréal  
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
- l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**En collaboration avec :**

- l'Association québécoise des traumatisés crâniens

**Février 2006**



## Table des matières

---

Légende .....	5
Participants .....	6
Historique, contexte et démarche .....	7
Matrice .....	9
Lettres d'engagement .....	11
Structure organisationnelle d'élaboration .....	15
Description des mandats .....	17
Listes des ententes interétablissements .....	19
Données statistiques .....	20
Cheminement actuel de la clientèle .....	23
Tableaux et graphiques .....	25
Buts, principes et valeurs .....	38
Les usagers .....	40
Cheminement implanté de la clientèle de Montréal .....	41
Offre de services .....	42
Structure organisationnelle d'implantation .....	48
Critères d'orientation et mécanismes de liaison .....	50
Partage des connaissances .....	51
Mécanismes d'évaluation concertée .....	52
Objectifs organisationnels .....	53
Plan d'action .....	54
Dispositions particulières .....	62
Signataires .....	63
Annexe 1 .....	64



## Légende

---

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

AQTC	Association québécoise des traumatisés crâniens
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
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'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 intrarégional de Montréal.  
Nous tenons à souligner leur engagement et leur disponibilité tout au long du processus.

### Comité directeur et 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
▪ 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	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
▪ Mme Nathalie Trudelle	Conseillère aux établissements	Agence de Montréal
▪ Mme Myriam El-Kalaï	Intervenante	AQTC



## Historique, contexte et démarche

---

La médecine prodiguée à la clientèle pédiatrique depuis le début du siècle a grandement évolué. La pédiatrie est devenue une spécialisation en elle-même et cette spécificité que le corps médical lui reconnaît a entraîné la création d'unités de soins adaptées à la clientèle pédiatrique, à l'intérieur des grands centres hospitaliers.

Depuis plus de 50 ans, l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) se démarquent cependant en centrant leurs soins, services et activités uniquement sur la clientèle enfant et adolescent de Montréal et des régions de l'Ouest du Québec. Parallèlement, en 1961, l'Hôpital Marie Enfant revoit sa mission et rédige une charte qui précise son mandat de soins spécialisés en pédiatrie et en réadaptation physique. Par contre, à cette époque, les soins et services offerts dans ces établissements sont morcelés selon la pléiade de diagnostics et aucun programme précis ne regroupe les diverses affections.

Pour pallier à cette problématique, l'HME amorce la création d'un programme de neurotraumatologie en 1989, qui inclut le dépistage, la prise en charge, la réadaptation précoce, le transfert en réadaptation et le suivi communautaire de l'enfant et de l'adolescent. Une coordonnatrice clinique a été mise en place avec une équipe de professionnels, travaillant selon une approche interdisciplinaire. Le programme se fixe des objectifs concernant les services cliniques, l'éducation du public, la prévention, la recherche, les ressources en milieu communautaire et le développement de partenariats. La désignation par le MSSS, en 1993, de l'HME en tant que Centre tertiaire en trauma pédiatrique confirme depuis ce temps une des missions de cet établissement. Au cours des cinq dernières années, en plus des efforts orientés vers les TCC modérés et sévères, le programme de l'HME a été développé avec une approche inclusive pour les TCC légers. Depuis 2000, cet établissement a regroupé dans un seul programme tous les types d'interventions données par l'équipe interdisciplinaire, quelle que soit l'origine du trauma et les systèmes atteints.

Par ailleurs, c'est en 1991 que l'HSJ instaure le programme de dépistage, de prise en charge et de réadaptation précoce pour les enfants ayant subi un TCC. Une coordonnatrice clinique est nommée en 1992 par les membres professionnels du programme pour assurer la communication et la liaison avec les partenaires et améliorer la qualité des services aux enfants et à leur famille. La désignation de l'HSJ par le MSSS, en 1993, confère à l'établissement le mandat de centre tertiaire en trauma pédiatrique. Le programme centre ses interventions sur le client et sa famille et valorise le travail interdisciplinaire et l'approche écosystémique.

En 1995-96, l'Hôpital Marie Enfant et l'HSJ s'entendent sur des corridors de services pour leur clientèle commune. À cette époque, le programme des traumatisés craniocérébraux (programme TCC) de l'Hôpital Marie Enfant offre une programmation basée sur une philosophie de réadaptation et d'adaptation associée à chaque phase de récupération « du coma à la rue » par une équipe multidisciplinaire. En janvier 2000, l'Hôpital Marie Enfant s'intègre au CHU Sainte-Justine. Un mandat de centre de réadaptation est accordé pour la clientèle présentant une déficience motrice ou du langage et de la parole. Il devient le Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME) et accède ainsi à un statut universitaire qui lui permet d'élargir la gamme de soins offerts.

Malgré la faible masse critique, le traitement des traumatismes craniocérébraux pédiatriques fait maintenant l'objet de pratiques et standards différents de ceux utilisés pour la clientèle adulte. Le développement des soins et services spécifiques pour cette clientèle a permis de mieux adapter les traitements selon l'âge et le stade de développement de l'enfant et de l'adolescent.

Les efforts consentis par la Société d'assurance automobile du Québec, tant au point de vue de la prévention que de la programmation et de la recherche, ont grandement contribué à la mise sur pied des premiers réseaux en traumatologie.

Dans cette foulée, et avec la nécessité d'offrir des soins de santé en fonction de standards uniformes appliqués à l'ensemble de la population du Québec, le MSSS 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 établissements de Montréal 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 craniocérébral, 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)

Le Consortium concrétise la consolidation du continuum et établit le partenariat et les ententes entre les établissements désignés des continuums de soins et services. 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 la région de Montréal 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.

L'Agence, les équipes cliniques et les gestionnaires des trois établissements suivants assureront le leadership en cette matière :

- 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

L'Association québécoise des traumatisés crâniens, malgré qu'elle ne soit pas signataire de l'entente, sera intégrée au présent protocole afin de traduire l'importance accordée à cet organisme par les membres du Consortium dans le suivi long terme des usagers et de leurs proches. *Le Consortium intrarégional de Montréal pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère (CIMEAT)* fait office d'entente pour le volet régional entre les partenaires cités ci-haut.

# Matrice

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

<p><b>1. Lettres d'engagement des conseils d'administration des organisations concernées dans une perspective consortium</b></p>	<p>Les trois établissements composant le Consortium intrarégional de Montréal ont présenté une résolution de leur conseil d'administration s'engageant envers les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ une démarche de partenariat;</li> <li>▪ une vision commune des besoins et des services à offrir;</li> <li>▪ des structures de concertation formelles afin d'implanter et d'assurer le suivi du ou des consortiums;</li> <li>▪ un mécanisme de monitoring permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés;</li> <li>▪ un partage des connaissances et de l'expertise.</li> </ul>
<p><b>2. Clientèle desservie par le Consortium</b></p>	<p>Les volumes de clientèle desservis par les établissements montréalais sont présentés en page 25 et suivantes, sous forme de tableaux et graphiques pour les années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004, par niveau de gravité, selon les étapes du processus de réadaptation et les groupes d'âges.</p> <p>Un schéma illustre, en page 24, les volumes d'utilisateurs résidant dans la région de Montréal et recevant les soins et services du Consortium intrarégional de Montréal, en 2003-2004.</p>
<p><b>3. Illustration des corridors de services</b></p>	<p>Le cheminement de la clientèle implanté pour la région de Montréal, à travers les corridors de services, est illustré en page 40 du document.</p>
<p><b>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</b></p>	<p>Les membres du Consortium intrarégional 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 42 illustre le partage global de l'offre de services.</p> <p>L'offre de services complète est détaillée par la suite (pages 42 à 46 ) et démontre l'accord des membres du Consortium sur les étapes du cheminement de l'enfant ou de l'adolescent ayant subi un TCC modéré ou sévère, de la santé physique à la réadaptation et soutien à l'intégration.</p>

<p><b>5. Mécanismes de continuité et de collaboration</b></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 de Montréal. Les éléments suivants sont intégrés dans le volet interrégional :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ critères harmonisés d'admission ou d'inscription et de congé;</li> <li>▪ mécanismes de liaison entre les programmes des établissements membres du consortium;</li> <li>▪ mécanismes de communication de l'information;</li> <li>▪ mécanismes assurant des corridors de services bidirectionnels;</li> </ul> <p>Les mécanismes de partage de connaissances ont été divisés en deux volets : les éléments liés à la formation sont présentés dans le volet interrégional, alors que les éléments liés aux activités de rayonnement sont présentés en annexe, pages 64 à 70.</p>
<p><b>6. Identification des obstacles liés à l'offre et à l'organisation des services</b></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 54 à 61.</p>
<p><b>7. Objectifs organisationnels</b></p>	<p>Les objectifs organisationnels sont présentés en ordre de priorité en fonction des besoins de la clientèle à la page 53. Les objectifs portent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'accessibilité aux services;</li> <li>▪ les mécanismes de liaison et de communication;</li> <li>▪ la connaissance de la clientèle pédiatrique;</li> <li>▪ le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium;</li> <li>▪ le suivi à long terme;</li> <li>▪ les problématiques particulières.</li> </ul>
<p><b>8. Démarche d'évaluation concertée</b></p>	<p>Le Consortium prévoit la mise sur pied d'un comité d'évaluation concertée et d'une structure de suivi des activités tels que présentés dans le plan d'action.</p>
<p><b>9. Plan d'action</b></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 54 à 61.</p>

## Lettres d'engagement

---

**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 cranio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium intrarégional 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.

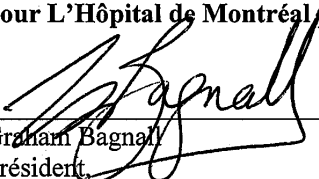
Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en septembre 2004. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec en complément à celui du consortium interrégional, en septembre 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**

**En foi de quoi ont signé :**

**Pour L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill**

  
\_\_\_\_\_

Graham Bagnall  
Président

Conseil pour les services aux enfants et aux adolescents

Date 11 mai 2004

**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 cranio-cérébral et dans le cadre du développement d'un consortium intrarégional 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.

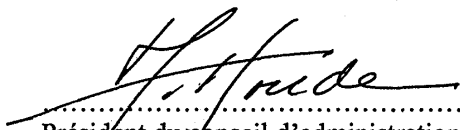
Pour ce faire, les établissements membres du consortium entendent utiliser tous les moyens et mécanismes prévus dans le plan d'action pour en terminer l'élaboration en septembre 2004. Le document sera déposé au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec en complément à celui du consortium interrégional, en septembre 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**

**En foi de quoi ont signé :**

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

  
.....  
Président du conseil d'administration  
Hôpital Sainte-Justine

Date ..... Le 16 juin 2004

## Structure organisationnelle d'élaboration

---

### **Comité directeur et stratégique**

- Directeurs généraux
- Directeurs cliniques
- Directeur de l'organisation des services de l'Agence
- Gestionnaire ou chef de programme
- Représentant du milieu associatif

### **Comité de coordination**

- Gestionnaire ou chef de programme
- Coordonnateurs cliniques
- Représentant du milieu associatif
- Conseiller de l'Agence

## **Le comité directeur et stratégique**

### **Composition :**

- directeur général de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- directeur clinique de chacun des établissements impliqués ou son équivalent
- directeur de l'organisation des services de l'Agence de Montréal
- gestionnaire ou chef de programme de chacun des établissements impliqués
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires

### **Rôle et responsabilités :**

- entériner le protocole d'entente du Consortium;
- valider le plan d'action pour l'implantation du Consortium.

### **Responsable :**

Raymond Fortin, directeur de projet, coordonnateur pour le territoire Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension, Agence de Montréal

## **Le comité de coordination**

### **Composition :**

- gestionnaire ou chef de programme
- coordonnateurs clinico-administratifs
- conseiller porteur du dossier à l'Agence de Montréal
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires

### **Rôle et responsabilités :**

- convenir des mécanismes de cueillette des données relatives à la clientèle desservie;
- définir et convenir d'un modèle des corridors de services;
- définir et convenir du modèle d'offre de services complète;
- préciser et convenir d'un modèle de partage global de l'offre de services;
- définir et convenir d'un modèle d'élaboration des mécanismes de liaison et de communication;
- convenir des modalités de partage des connaissances;
- soulever et convenir des obstacles liés à l'offre et à l'organisation de services et proposer des pistes de solution;
- proposer un modèle de démarche d'évaluation concertée de la qualité des soins et services;
- proposer un plan d'action pour l'implantation du Consortium.

### **Responsable :**

Nathalie Trudelle, conseillère pour les territoires de l'Ouest, Agence de Montréal

## Description des mandats

---

Les trois 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 craniocérébral 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. »

L'HME s'emploie à jouer un rôle de chef de file dans le domaine des soins et du traitement des nourrissons, des enfants et des adolescents malades, à fournir un soutien aux familles et à défendre les droits des enfants afin que ceux-ci puissent développer leur plein potentiel.

➤ **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. »

De plus, l'HSJ s'est donné comme mission de dispenser les meilleurs soins possibles aux mères et aux enfants du Québec. Dans cet esprit, l'ensemble du personnel fait en sorte que les soins prodigués soient d'avant-garde, appuyés sur une technologie de fine pointe et dispensés dans un environnement à la fois humain et efficace.

➤ **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. »

Ainsi, la mission du centre de réadaptation se traduit « en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu et vise le développement ou la récupération par la personne d'un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle dans différentes dimensions de sa vie ».

## Liste des ententes interétablissements

---

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, puis reconduit en 2002.**

2. *Entente concernant le transfert des cas de neurotraumatologie entre l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill et le Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine.*

**Signée originalement en 2000, puis reconduit en 2003.**

3. *Protocole de collaboration entre l'Association québécoise des traumatisés crâniens et l'Hôpital de Montréal pour enfants.*

**Signé en avril 1997 et reconduit en 2000.**

4. *Protocole d'entente de collaboration entre le Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Association québécoise des traumatisés crâniens.*

**Signé en avril 2000 et reconduit en 2003.**

## Données statistiques

---

### 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 ».<sup>1</sup>

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 1999<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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
<b>Durée de l'altération de conscience</b>	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
<b>GCS* à l'urgence ou moins de 20 minutes suivant le traumatisme</b>	15	13 à 15 En pédiatrie, la limite inférieure peut être 13 ou 14	9 à 12	Inférieur à 9
<b>Lésion/déficience objectivée</b>	<b>Scan**</b> : négatif <b>MRI***</b> : négative (peu utilisée)	<b>Scan</b> : négatif <b>MRI</b> : parfois négative, parfois positive (peu utilisée)	<b>Scan</b> : généralement positif <b>MRI</b> : généralement positive (peu utilisée)	<b>Scan</b> : positif <b>MRI</b> : positive (peu utilisée)
<b>Amnésie post-traumatique</b>	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 protocole<sup>3</sup>. Ils ont également convenu des caractéristiques définissant le TCC complexe, plus spécifiquement pour la clientèle pédiatrique.

<sup>3</sup> 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).

## Cheminement actuel de la clientèle de Montréal

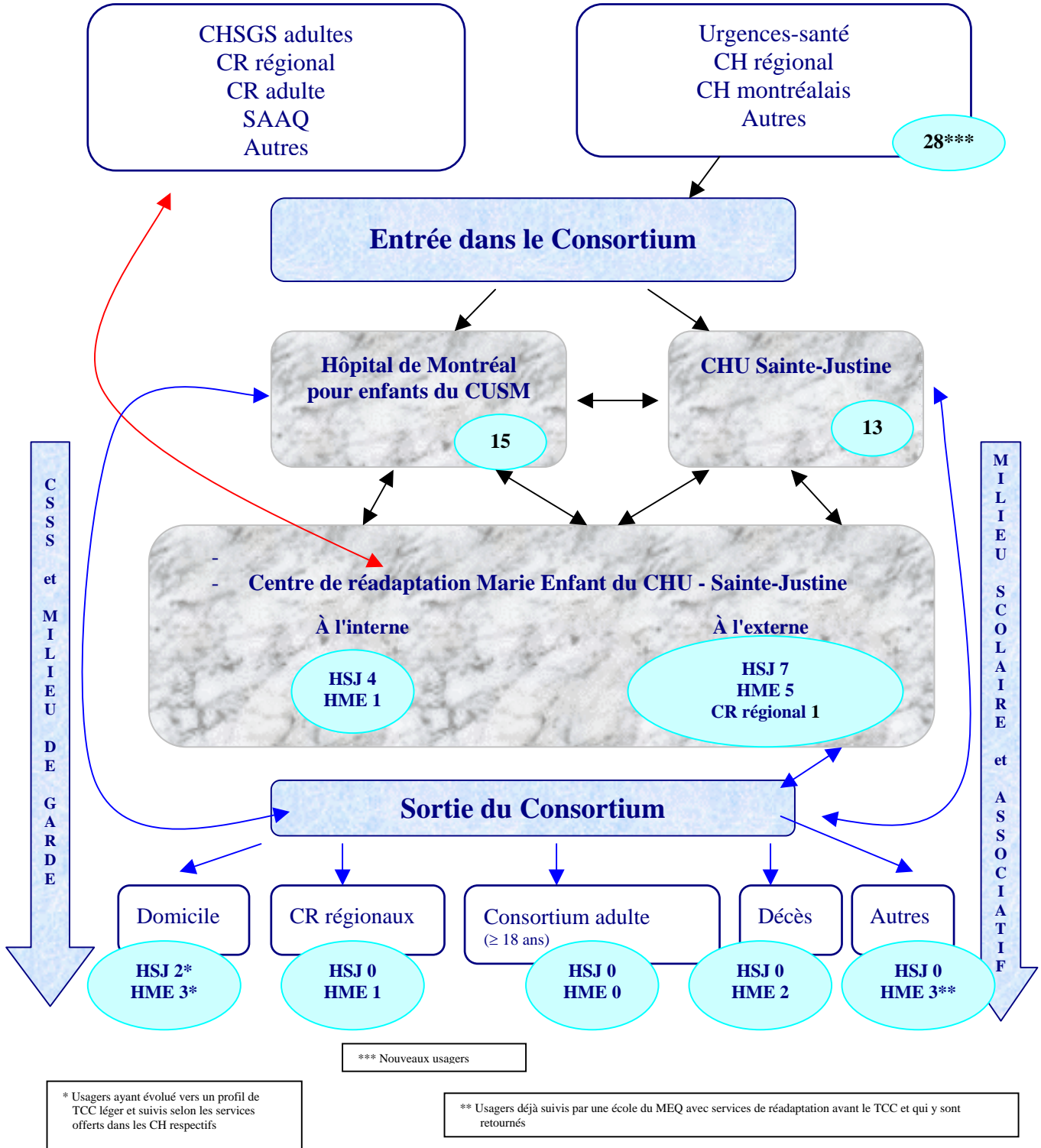
---

Le graphique suivant illustre le cheminement actuel de la clientèle à l'intérieur du Consortium de son entrée à sa sortie. Il présente également quelques données statistiques concernant les nouveaux usagers résidant à Montréal et desservis par les établissements de Montréal pour l'année 2003-2004. La clientèle de Montréal desservie par les centres tertiaires pédiatriques provient principalement des services pré-hospitaliers. Les enfants sont ensuite orientés selon leurs besoins, leur niveau de récupération et les impacts du trauma sur la reprise de leurs habitudes de vie.

De fait, 28 nouveaux usagers ont été orientés vers l'Hôpital de Montréal pour enfants et le CHU Sainte-Justine. Cette année-là, le CRME a accueilli 18 enfants pour les phases interne et externe dont un enfant référé directement d'un CR régional. De ce nombre, uniquement deux enfants ont obtenu congé pendant l'année de référence.

Par ailleurs, l'orientation des usagers à la sortie des centres hospitaliers dépend principalement du niveau de récupération de l'enfant ou de l'adolescent et est centrée sur les besoins du client et de sa famille. Le niveau de récupération de certains enfants et adolescents TCC modérés est parfois tel que leur évolution s'apparente à un profil de TCC léger. Dans ce contexte, quelques enfants ont reçu congé du CH tertiaire vers le domicile, avec un suivi approprié.

## Cheminement et détail statistique de la clientèle résidant à Montréal en 2003-2004



## Tableaux et graphiques

---

Les tableaux et graphiques suivants font référence à l'ensemble de la clientèle ayant reçu des soins et services par les établissements de Montréal pour les années 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004. En lien avec le mandat suprarégional du consortium et sa responsabilité de desservir les TCC modérés et sévères de l'Ouest du Québec, nous avons voulu témoigner du volume total d'usagers traités. Les nouvelles références et les enfants en suivi pour chaque année financière de référence, tant de Montréal que des autres régions, 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 région de résidence des usagers et la provenance de la clientèle 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 telle 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.

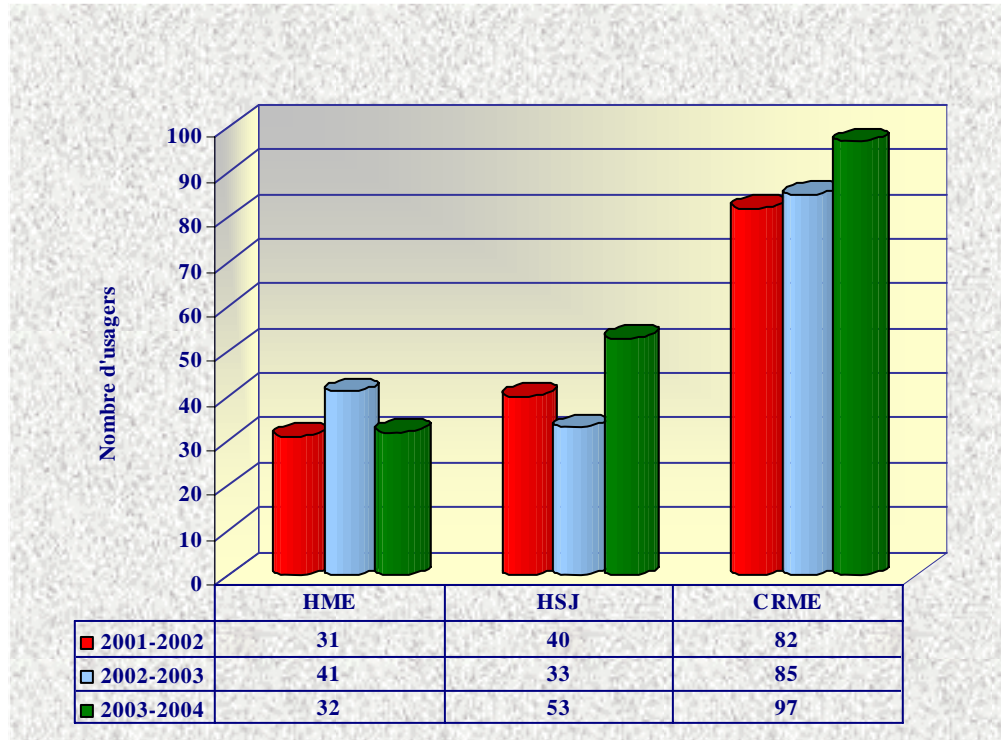
Il apparaît impératif pour les membres du Consortium de se doter d'une banque de données commune et d'une procédure de saisie standardisée qui permettront d'avoir des informations valides et disponibles rapidement dans un objectif d'évaluation et de suivi du fonctionnement du Consortium.

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, d'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 sévère)

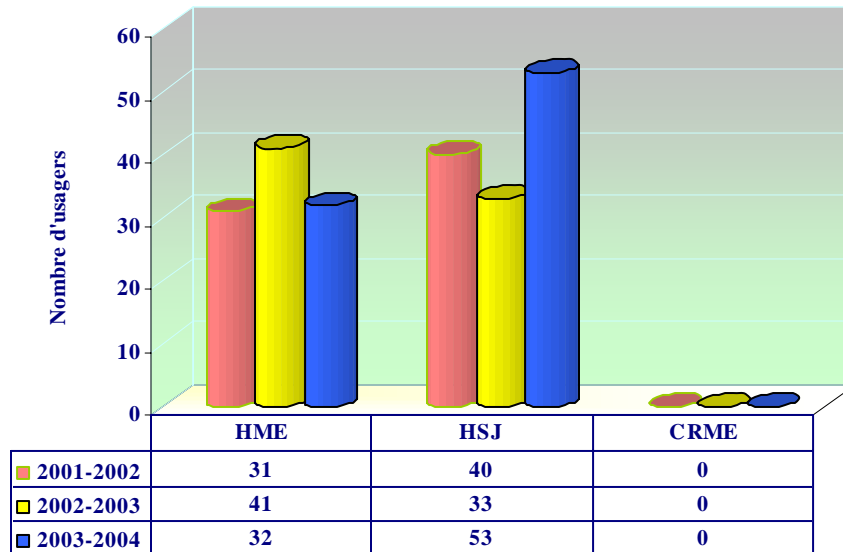
---



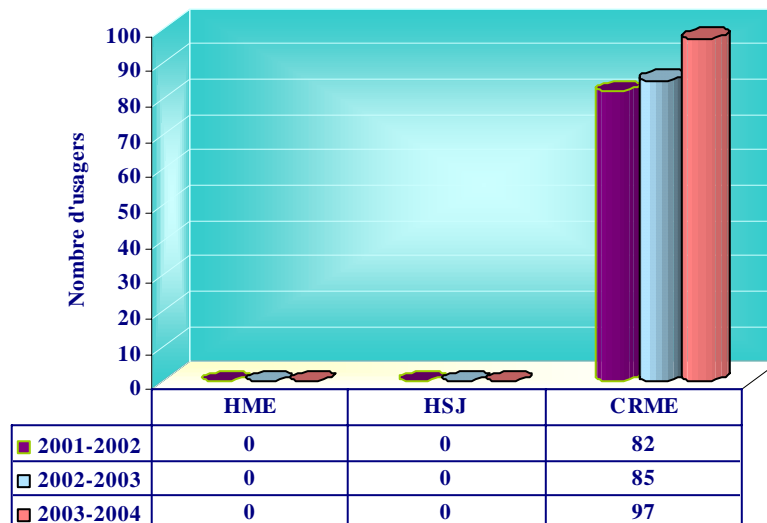
## Volumes de clientèle desservie par niveau de services

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

### Santé physique et réadaptation précoce

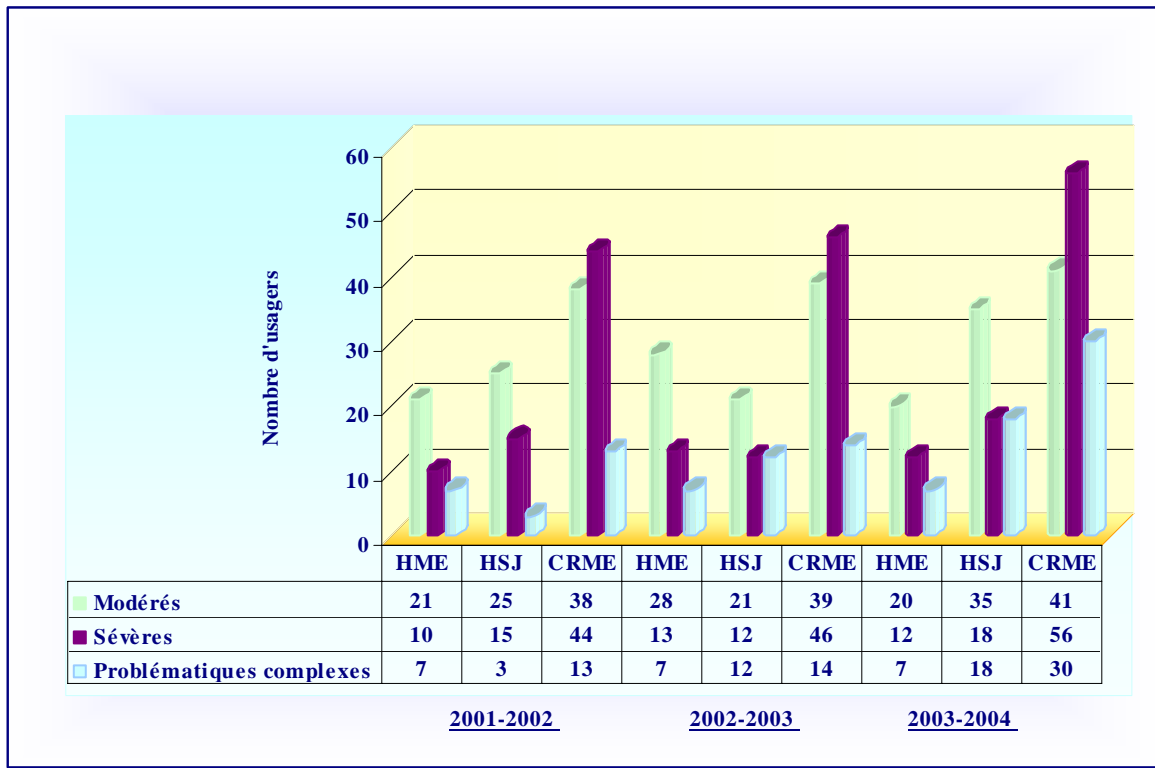


### Réadaptation incluant le soutien à l'intégration



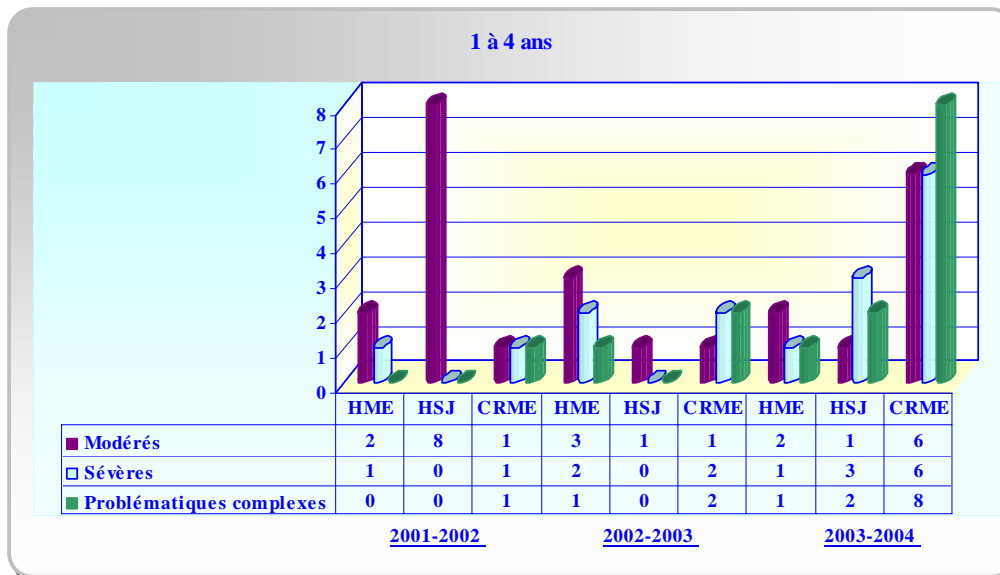
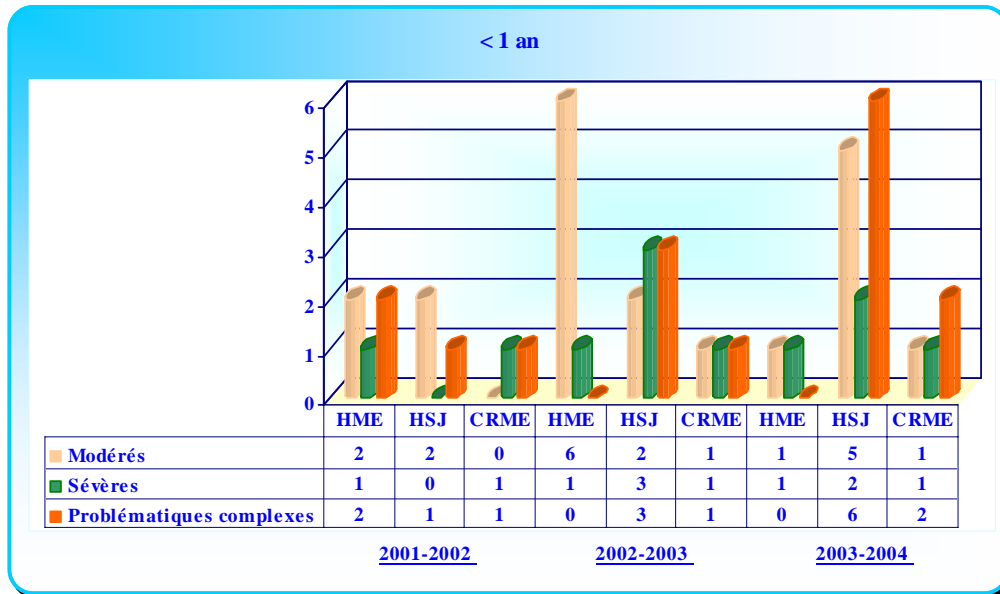
## Répartition selon le niveau de gravité

Tous groupes d'âge confondus



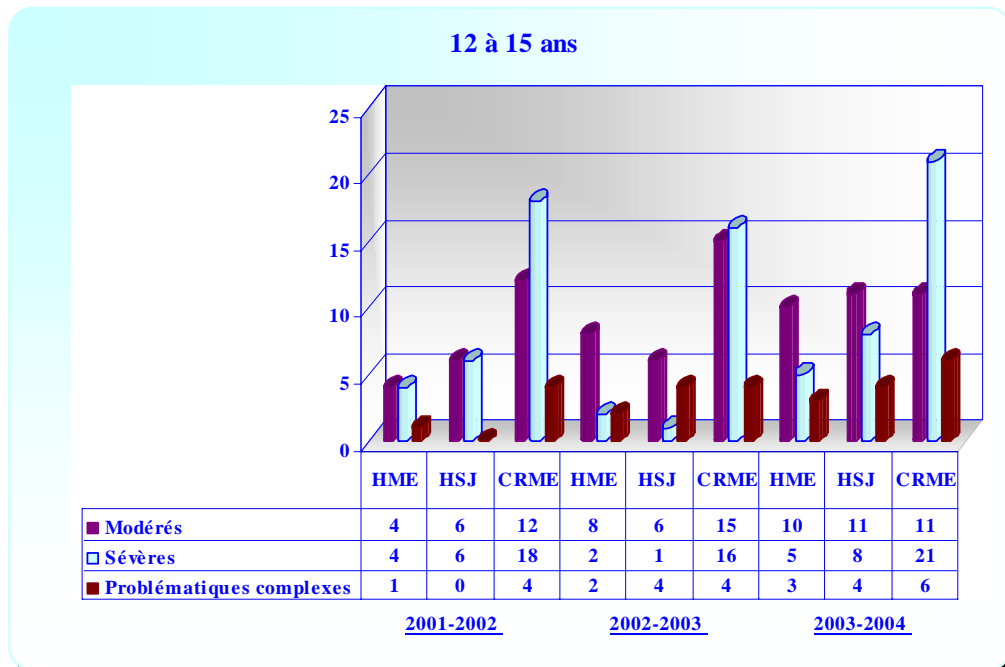
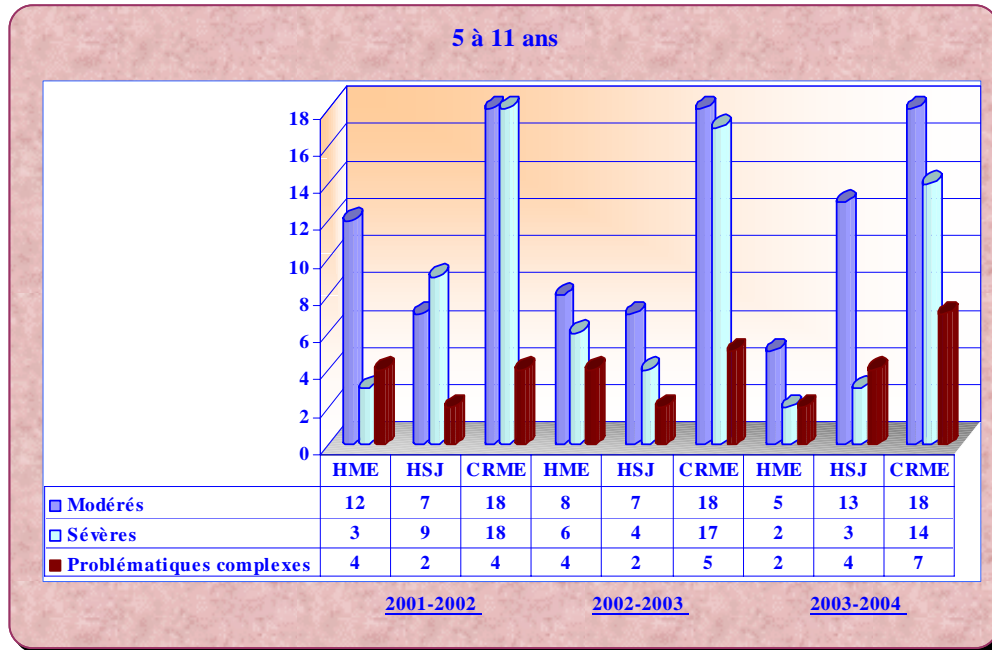
Les TCC à problématiques complexes sont représentés de manière isolée mais sont également comptabilisés selon leur diagnostic primaire de TCC modéré ou TCC sévère. Le faible volume de la clientèle justifie ce choix. Le volume des TCC modérés ou sévères serait non représentatif le cas échéant.

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

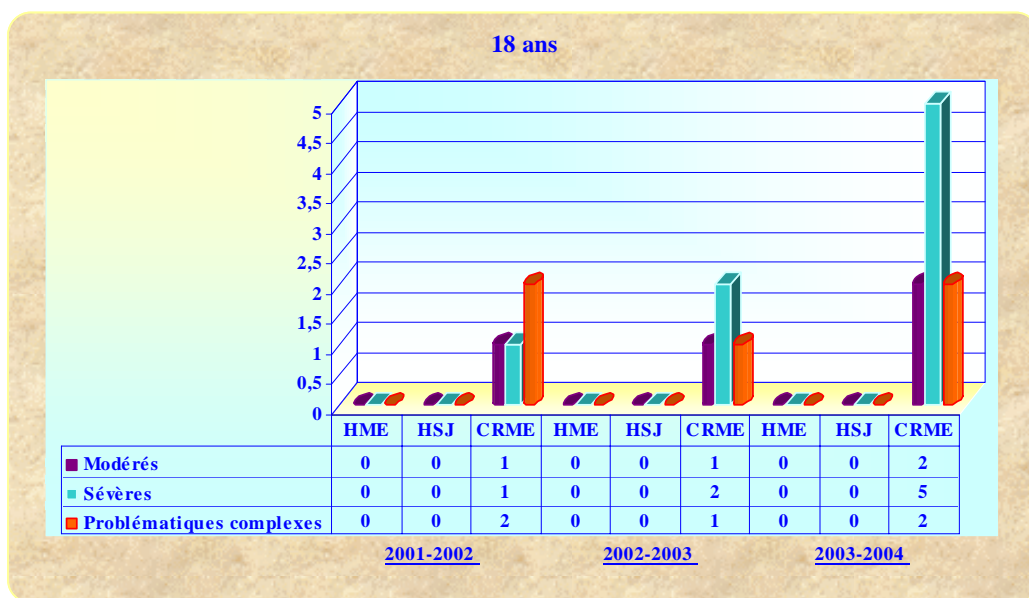
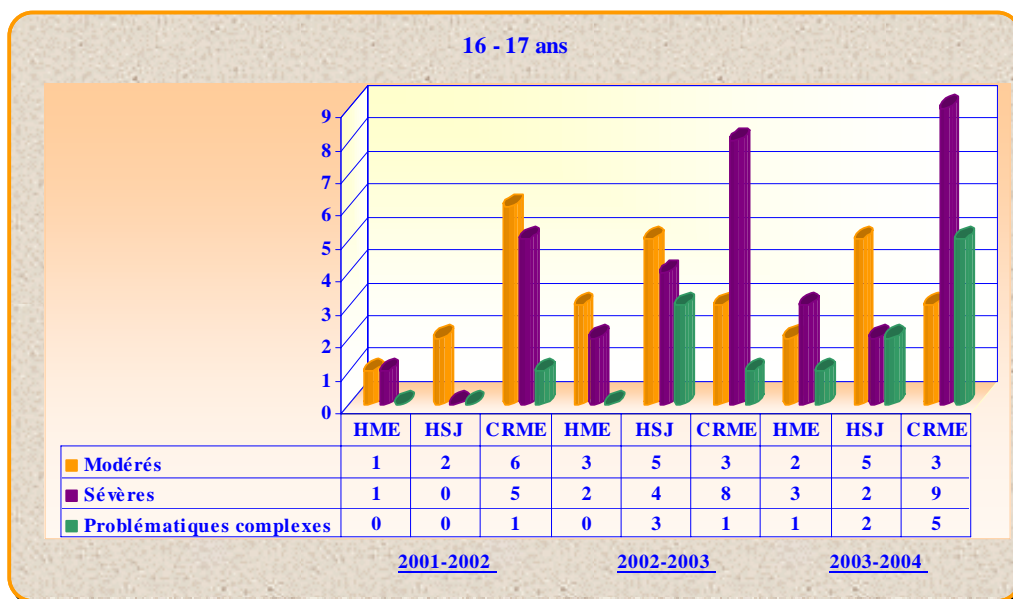


Les groupes d'âge retenus s'harmonisent avec la grille de données S484 (utilisée par les centres de réadaptation et par le ministère de la Santé et des Services sociaux).

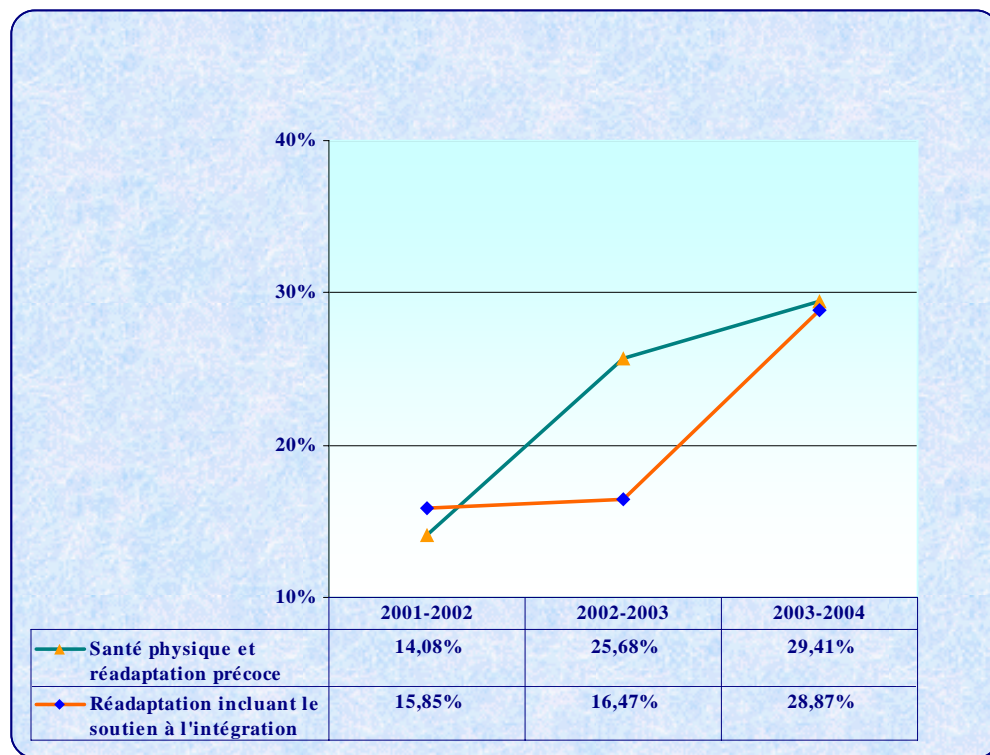
## Répartition selon le niveau de gravité Selon les groupes d'âge (suite)



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



## Évolution de la proportion de TCC à problématiques complexes par niveau de soins Tous groupes d'âge confondus

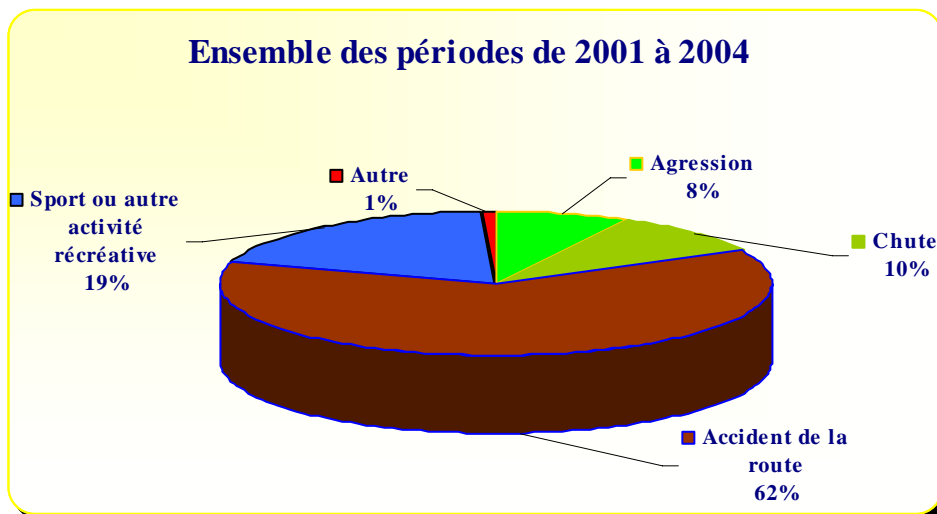
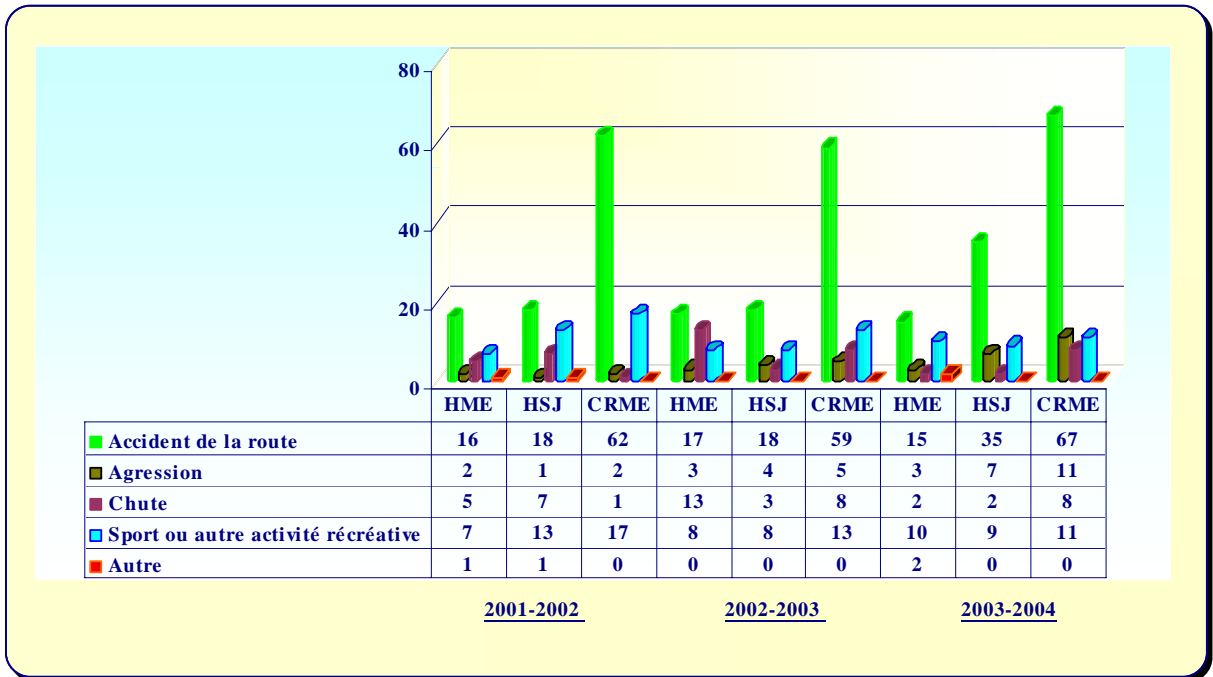


Depuis 2001, le pourcentage de TCC à problématiques complexes a doublé, passant de 14% à 29% pour la phase « santé physique et réadaptation précoce » et de 16% à 29% pour la phase de « réadaptation incluant le soutien à l'intégration ». Ces données témoignent des efforts supplémentaires que les équipes cliniques doivent déployer pour offrir les soins et services particuliers requis par cette clientèle.

	2001-2002		2002-2003		2003-2004	
	Santé physique et réadaptation précoce	Réadaptation incluant le soutien à l'intégration	Santé physique et réadaptation précoce	Réadaptation incluant le soutien à l'intégration	Santé physique et réadaptation précoce	Réadaptation incluant le soutien à l'intégration
TCC avec problématiques complexes	10	13	19	14	25	28
Nombre total de TCC	71	82	74	85	85	97
<b>Pourcentage</b>	14,08%	15,85%	25,68%	16,47%	29,41%	28,87%

## Étiologie

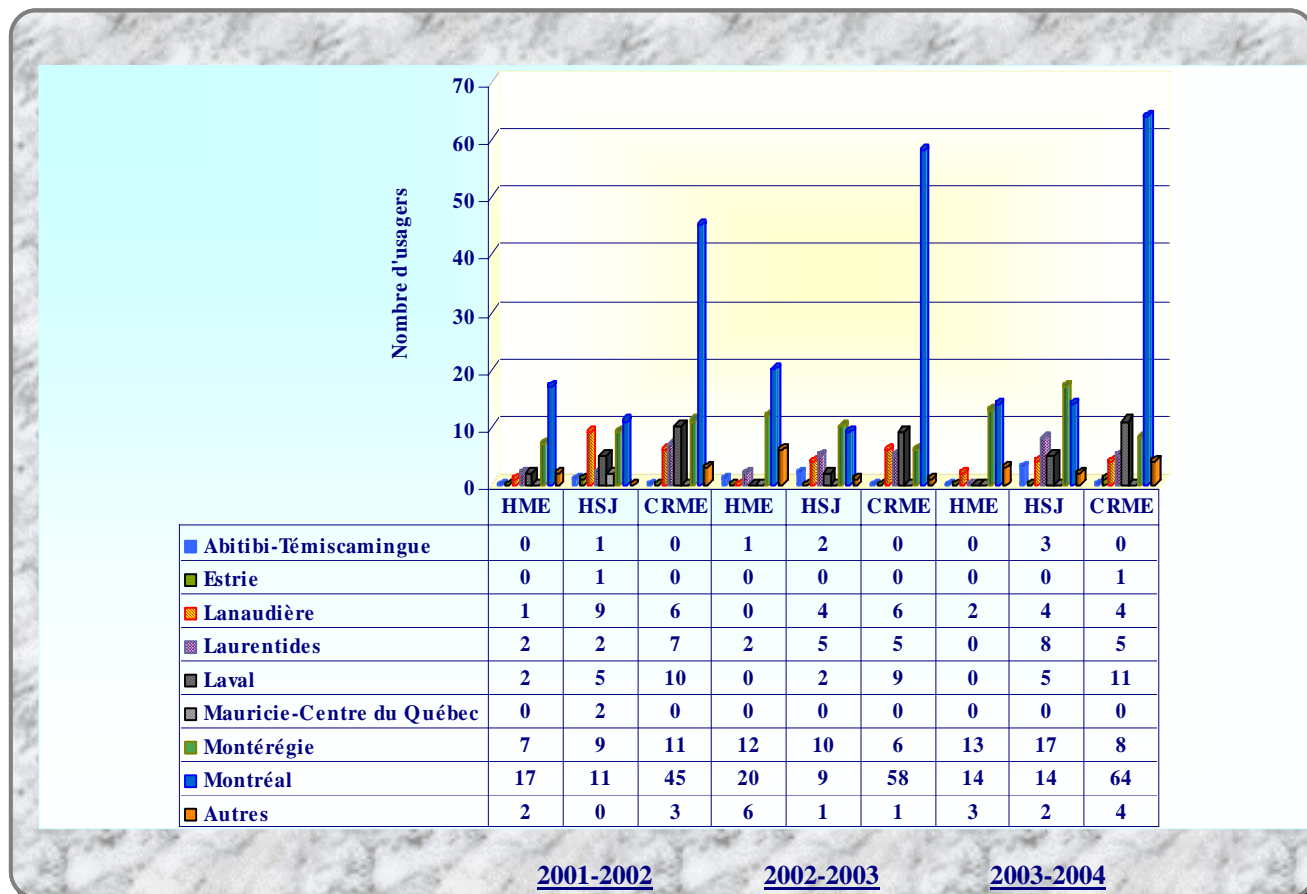
Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus



Les accidents de la route, dans une proportion de 62%, demeurent la principale cause des traumatismes crâniens modérés et sévères chez la clientèle enfant et adolescent; viennent ensuite les activités sportives et les chutes.

## Région de résidence

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus

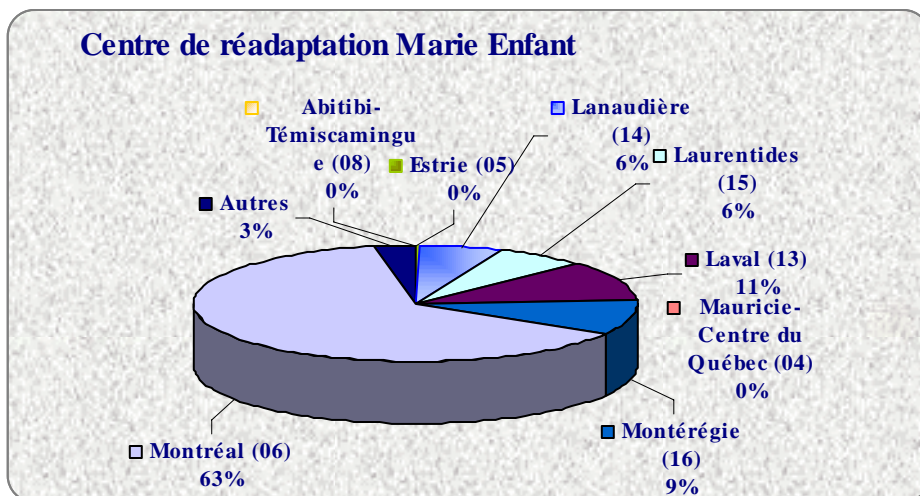
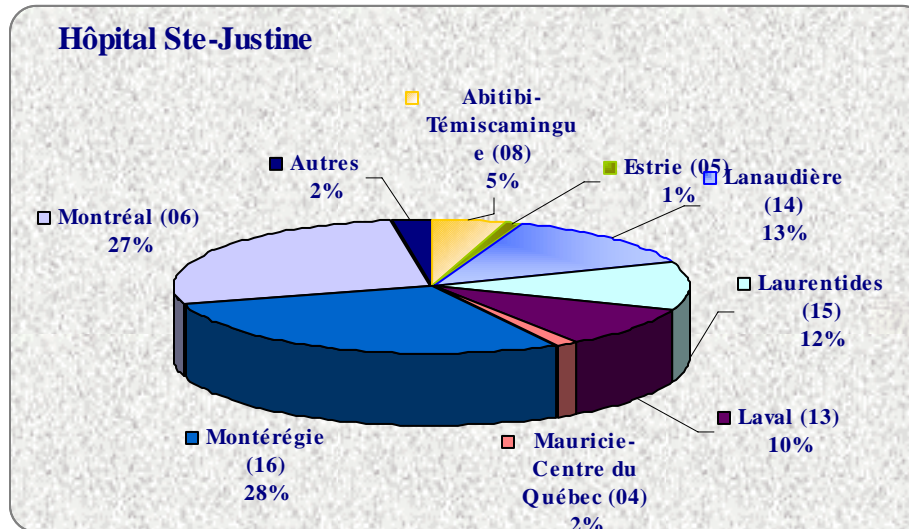
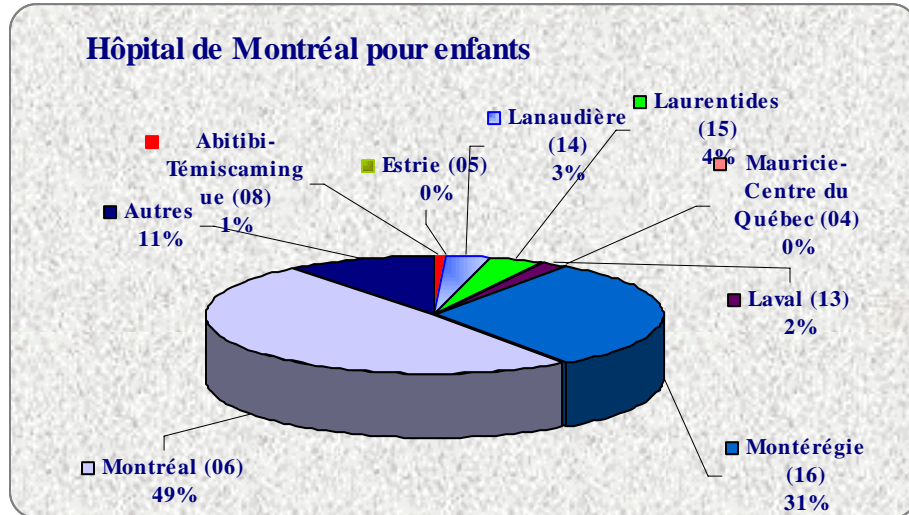


Les données suggèrent une répartition différente de la région de desserte de l'Hôpital de Montréal pour enfants et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, 50 % des usagers proviennent de la région de Montréal. Au CHU Sainte-Justine, par ailleurs, les usagers desservis proviennent dans une proportion comparable de Montréal et de la Montérégie ainsi que de l'ensemble des régions de l'Ouest du Québec.

Le Centre de réadaptation Marie Enfant, par sa vocation de centre de réadaptation en déficience physique, dessert l'ensemble de l'Ouest du Québec pour la phase de réadaptation fonctionnelle intensive, alors que les centres de réadaptation régionaux poursuivent, dans la région de résidence de l'enfant ou de l'adolescent, la réadaptation en externe. Cette situation influence l'importance de sa desserte de la clientèle de Montréal.

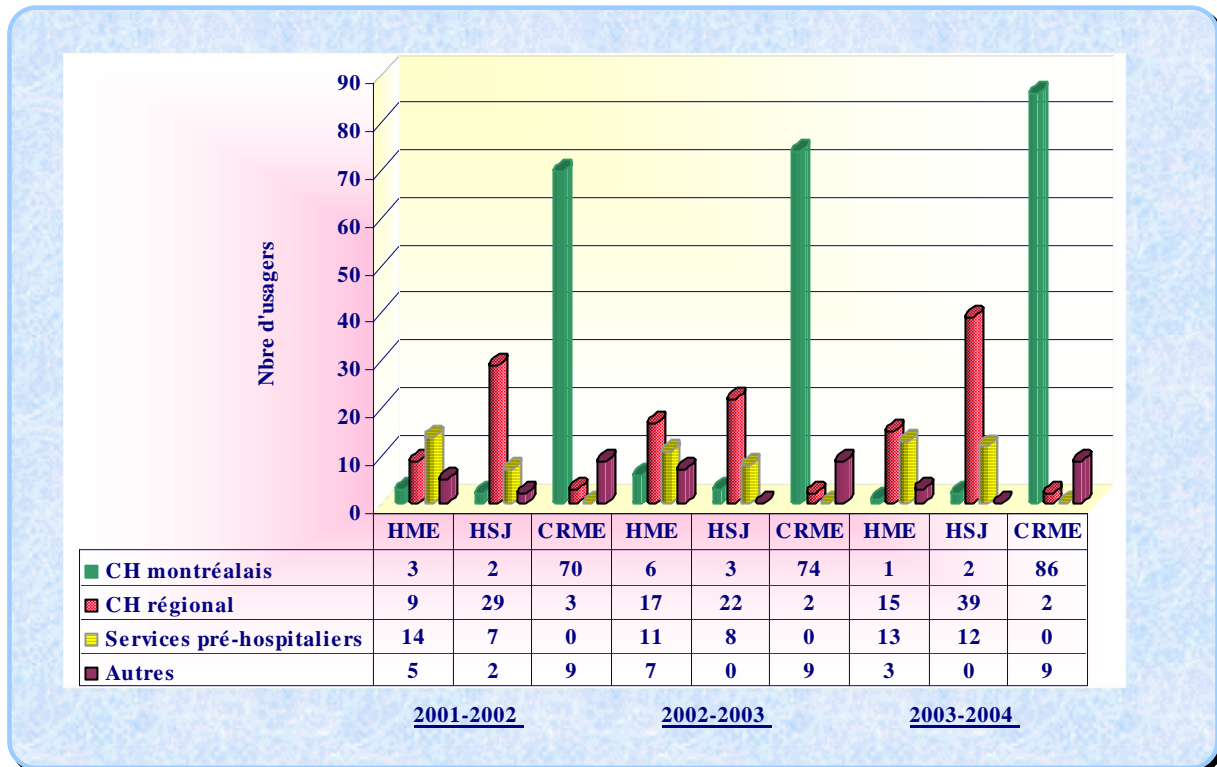
## Région de résidence

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus pour l'ensemble des périodes de 2001 à 2004



## Provenance de la clientèle

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

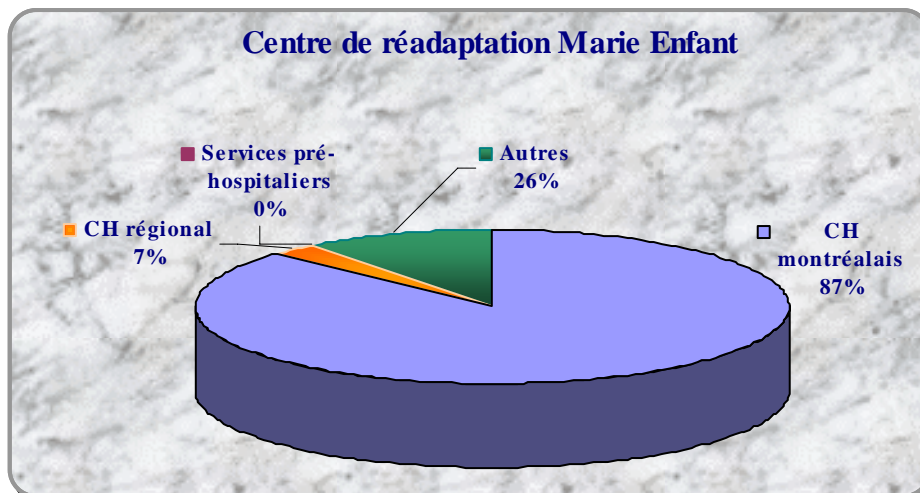
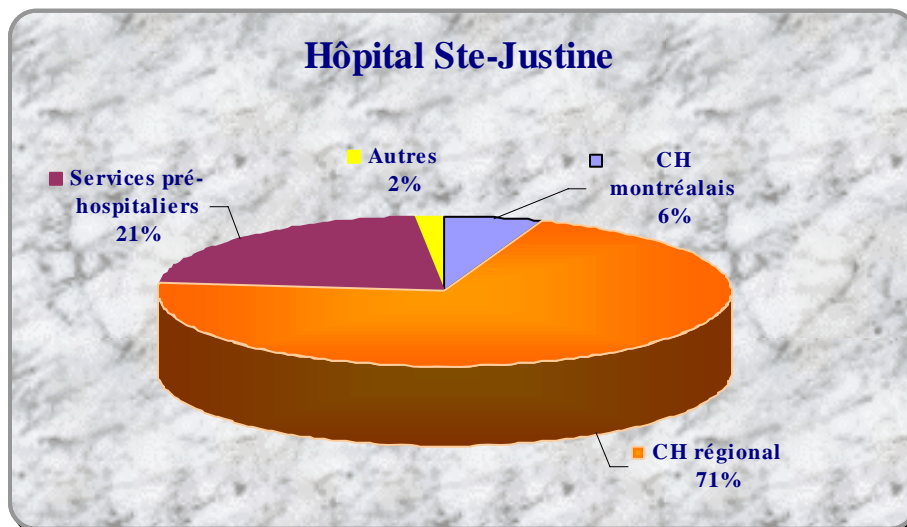
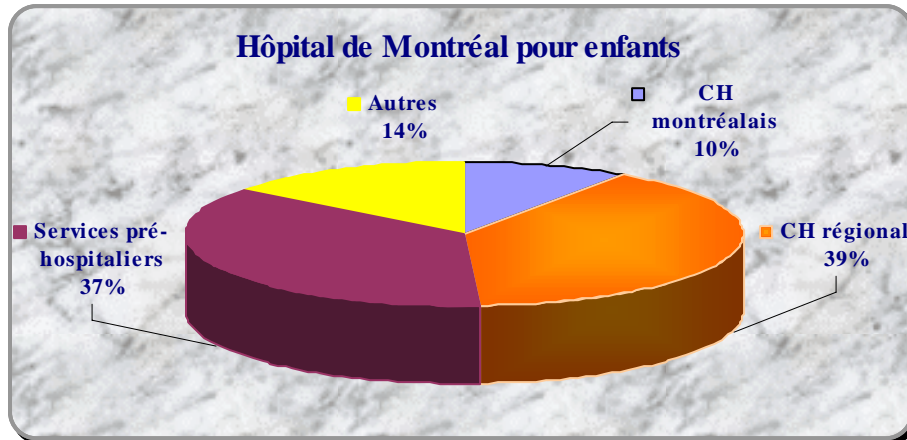


Constats semblables à ceux du tableau précédent. L'Hôpital de Montréal pour enfants rejoint les usagers montréalais par le biais des services pré-hospitaliers et des centres hospitaliers de la région. Le CHU Sainte-Justine reçoit aussi des usagers montréalais mais reçoit une plus forte proportion d'usagers en provenance des centres hospitaliers régionaux.

## Provenance de la clientèle

Tous groupes d'âge et tous niveaux de gravité confondus pour l'ensemble des périodes de 2001 à 2004

---



## Buts, principes et valeurs

---

### Buts du Consortium intrarégional :

- 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.<sup>4</sup>

### 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.

---

<sup>4</sup> Extrait du document : MSSS, *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral*, Québec, 7 juillet 1999, p. 28-29

**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 0 à 16 ans. Le CRME s'engage à desservir les enfants et adolescents de 0 à 18 ans ou selon leur profil occupationnel.

## Définition du traumatisme craniocérébral

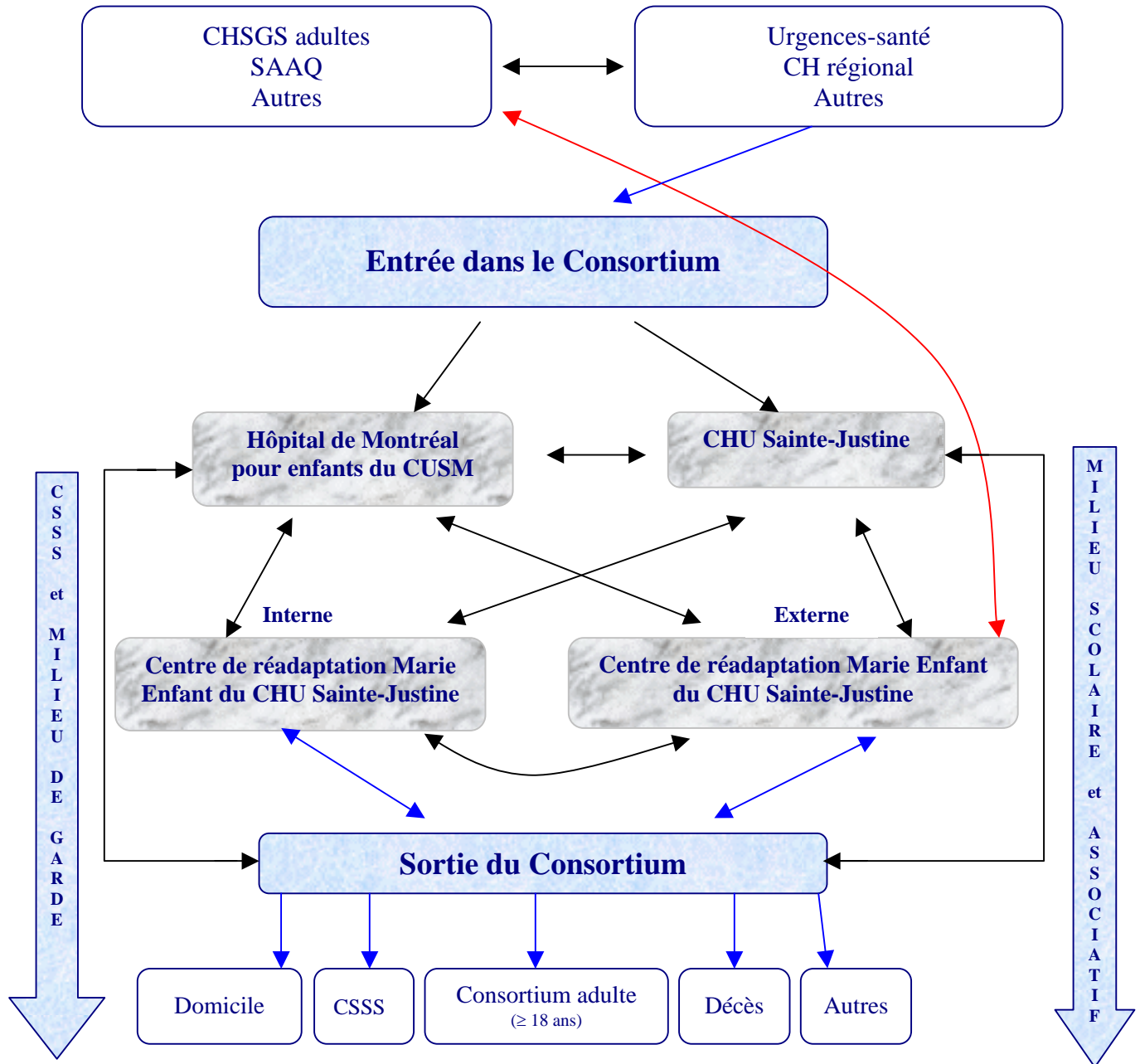
La définition retenue par les membres du Consortium a été présentée précédemment dans la section des données statistiques.

## Cheminement de la clientèle

Le cheminement des enfants et adolescents du Consortium intrarégional 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 des modalités de transfert, de revenir dans un établissement du Consortium pour y recevoir les soins et services requis par sa condition.

# Cheminement implanté de la clientèle de Montréal



## Partage de l'offre de services

	Promotion et prévention	Services de santé physique		Services de réadaptation			Services de soutien à l'intégration
		Soins médicaux 1 <sup>ère</sup> ligne	Réadaptation précoce	URFI	Réadaptation externe	Services complémentaires*	
<b>HME</b>							
<b>HSJ</b>							
<b>CRME</b>							Jusqu'à 18 ans
<b>AQTC</b>							Long terme
<b>CSSS</b>	Partenaires de la réadaptation						

\* Les services complémentaires incluent : PAT (mesures et fabrication), clinique de dysphagie, SACOÉ (aides techniques à la communication), clinique de la main, clinique de Botox, etc.

Le tableau suivant représente l'offre de services générale pour l'ensemble de la clientèle pédiatrique montréalaise. Toutefois, à la suite d'une concertation des coordonnatrices cliniques (centre tertiaire et centre de réadaptation), l'offre de service pourra varier en fonction des besoins de l'enfant, du milieu et du cheminement en réadaptation.

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

<b>Offre de services</b>	<b>Disponibilité des services</b>			
	<b>CHU Sainte-Justine</b>	<b>Hôpital de Montréal pour enfants</b>	<b>CRME</b>	<b>AQTC</b>
<b>1. En lien avec les déficiences</b>				
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.	√	√	√	
<b>2. En lien avec les incapacités</b>				
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	CRME	AQTC
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 socio-résidentielle, 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.			√	
<b>3. En lien avec les facteurs sociaux et familiaux *</b>				
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	CRME	AQTC
<b>4. En lien avec les facteurs environnementaux*</b>				
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.	√	√	√	
<b>5. En lien avec les habitudes de vie</b> (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"> <li>▪ Amorcer l'établissement d'une routine de réalisation de l'ensemble de ces habitudes de vie.</li> </ul>	√	√	√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en établissement.</li> </ul>	√	√	√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la réalisation minimale et sécuritaire des habitudes de vie en milieu résidentiel.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la généralisation, la consolidation et le développement de la routine des habitudes de vie reliées à l'autonomie personnelle dans le milieu résidentiel.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale lors du développement des autres sphères d'autonomie.</li> </ul>			√	

\* 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	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"> <li>▪ 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.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer le maintien du degré de réalisation optimale au cours du développement des autres sphères d'autonomie.</li> </ul>			√	
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"> <li>▪ Assurer la réalisation sécuritaire et satisfaisante de ces habitudes de vie.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la généralisation et la consolidation de ces habitudes de vie dans la communauté.</li> </ul>			√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer le maintien du degré de réalisation de ces habitudes de vie et promouvoir l'autoprise en charge afin d'optimiser la participation sociale.</li> </ul>			√	√

Offre de services	Disponibilité des services			
	CHU Sainte-Justine	Hôpital de Montréal pour enfants	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.			√	

## Structure organisationnelle d'implantation

---

### **Comité directeur et stratégique**

- Directeurs généraux
- Directeurs cliniques
- Directeur de l'organisation des services de l'Agence
- Gestionnaire ou chef de programme
- Deux représentants des CSSS de Montréal
- Représentant du milieu associatif

### **Comité de coordination**

- Gestionnaire ou chef de programme
- Coordonnateurs cliniques
- Représentant du milieu associatif
- Conseiller de l'Agence

## **Le comité directeur et stratégique**

### **Composition :**

- directeur général de chacun des établissements impliqués ou son représentant
- directeur clinique de chacun des établissements impliqués ou son équivalent
- directeur de l'organisation des services de l'Agence
- gestionnaire ou chef de programme de chacun des établissements impliqués
- deux représentants des CSSS de Montréal (un pour les territoires de l'est et un pour ceux de l'ouest)
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires

### **Rôle et responsabilités :**

- entériner le protocole d'entente du Consortium;
- valider le plan d'action régional de Montréal et s'assurer de son arrimage avec le plan d'action du tronc commun;
- assurer l'implantation du Consortium intrarégional;
- soumettre au groupe-conseil les travaux des comités en lien avec le plan d'action.

### **Présidente :**

Mme Pauline Turpin, directrice générale adjointe, CHU Ste-Justine

## **Le comité de coordination**

### **Composition :**

- gestionnaire ou chef de programme
- coordonnateurs clinico-administratifs
- conseiller porteur du dossier à l'Agence
- un représentant des milieux associatifs et organismes communautaires

### **Rôle et responsabilités :**

- assurer 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 complète;
- actualiser les 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;
- proposer un modèle de démarche d'évaluation concertée de la qualité des soins et services;
- convenir des modalités de partage des connaissances;
- soumettre au comité directeur les travaux du comité.

### **Présidente :**

Mme Bonita Laau, chef de programme, programme de neurotraumatologie, Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine

## Critères d'orientation et mécanismes de liaison

---

### 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 son milieu naturel, 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 le milieu associatif (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 :

Les critères d'orientation retenus par les établissements du consortium intrarégional de Montréal sont les mêmes que ceux élaborés dans le volet interrégional. Ils sont présentés dans le protocole d'entente du tronc commun du volet interrégional

### Mécanismes de liaison

Les mécanismes de liaison et de communication retenus par les établissements du consortium intrarégional de Montréal sont les mêmes que ceux élaborés dans le volet interrégional. Ils sont présentés dans le protocole d'entente du tronc commun du volet interrégional.

## Partage des connaissances

---

### **Volet rayonnement**

L'expertise développée par les intervenants et les gestionnaires des trois établissements du Consortium intrarégional de Montréal envers la clientèle pédiatrique, en lien avec leur statut universitaire et leur mandat de centres tertiaires, se reflète à travers les activités de rayonnement auxquelles ils participent. Il s'agit aussi bien de la responsabilité d'une charge d'enseignement dans un établissement universitaire ou collégial, de leur implication avec les RUIS dans la supervision de stages cliniques, que de leur participation à des projets de recherche clinique ou à la publication d'articles scientifiques, leur rôle de conférenciers lors de différents congrès, ou autres, dans la communauté locale, régionale ou nationale.

Le tableau des activités de rayonnement est placé à l'annexe 1 du document.

## Mécanismes d'évaluation concertée

---

Les établissements partenaires du Consortium intrarégional de Montréal prévoient procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium en lien avec le processus retenu par le Consortium interrégional.

La présente entente a permis l'élaboration de critères d'orientation, de mécanismes de liaison et de communication, ainsi que d'un plan d'action qui constituent chacun des outils propices à une démarche d'évaluation. Les mécanismes de suivi seront inclus dans cette démarche.

Par ailleurs, chacun des établissements dispose de ressources spécifiques en évaluation de programme qui pourront être mises à profit pour s'assurer de la conformité des processus adoptés par la présente entente.

Le plan d'action intègre et détaille spécifiquement cette démarche à l'objectif organisationnel IV.

## Objectifs organisationnels

---

Priorité	Objectif
I	Assurer l'accessibilité aux services
II	Consolider les mécanismes de liaison et de communication
III	Connaître la spécificité de la clientèle TCC pédiatrique du territoire de Montréal
IV	Assurer le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium intrarégional, en lien avec le Consortium interrégional
V	Définir, consolider et assurer une gamme de services pour le suivi à long terme de la clientèle selon le groupe d'âge et le milieu de vie
VI	Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC ayant un trouble grave de comportement

## Plan d'action

### Objectif organisationnel I Assurer l'accessibilité aux services

**Problématique :**

La clientèle pédiatrique TCC devrait avoir accès à des ressources d'hébergement spécifiques, des services scolaires ou un support du CSSS au bon moment et au bon endroit en fonction de son âge et de ses besoins propres.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'orientation adéquate de la clientèle TCC enfants à l'entrée du Consortium	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier le volume d'utilisateur ciblé</li> <li>- Sensibiliser le comité régional de traumatologie</li> <li>- Appliquer les critères de référence pour tous les partenaires (Urgences-Santé, centres hospitaliers secondaires et tertiaires)</li> <li>- Faire le monitoring</li> <li>- Mettre à jour les ententes interétablissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de coordination</li> <li>- CH tertiaires et Agence</li> <li>- Agence et comité régional de trauma</li>   <li>- CH tertiaires et Agence</li> <li>- CH tertiaires et Agence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automne 2006</li> <li>Hiver 2007</li> <li>Hiver 2008</li>   <li>En continu</li> <li>Hiver 2009</li> </ul>
1.2 Consolider les ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique (ex : répit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documenter les besoins des usagers de la région de Montréal</li> <li>- Identifier le volume d'utilisateurs ciblé</li> <li>- Identifier le profil des ressources nécessaires</li> <li>- Déposer à l'Agence de Montréal les recommandations en lien avec les orientations retenues à l'interrégional</li> <li>- Assurer l'implantation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de coordination</li>   <li>- Comité de coordination</li> <li>- Comité de coordination</li> <li>- Comité stratégique</li>   <li>- Comité stratégique, Agence de Montréal et partenaires ciblés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automne 2006</li>   <li>Automne 2006</li> <li>Automne 2006</li> <li>Hiver 2007</li>   <li>Mars 2008</li> </ul>

Objectif organisationnel 1 (suite)

Assurer l'accessibilité aux services

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.3 Favoriser l'accès à des services scolaires ou orthopédagogiques pendant la période estivale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documenter les besoins</li> <li>- Identifier des pistes de solution</li> <li>- Entériner les pistes de solution</li>   <li>- Planifier la disponibilité des ressources pendant la période estivale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de coordination</li> <li>- Comité de coordination</li> <li>- Comité directeur et stratégique et Commission scolaire de Montréal</li> <li>- Trois établissements du Consortium et Commission scolaire de Mtl</li> </ul>	<p>Automne 2006 Hiver 2007 Hiver 2008  Hiver 2009</p>
1.4 Définir la collaboration et la complémentarité des services spécialisés et surspécialisés avec les CSSS de la région	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les services offerts et les besoins de la clientèle</li> <li>- Élaborer des ententes en définissant les corridors de services et les mécanismes d'accès et de liaison</li> <li>- Évaluer les corridors</li>   <li>- Identifier les obstacles à l'accès aux services de première ligne</li> <li>- Proposer et appliquer les solutions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence</li> <li>- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence</li> <li>- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence</li> <li>- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence</li> <li>- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence</li> </ul>	<p>Été 2007  Été 2008  Été 2009</p>
1.5 Définir, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire, le type d'intervention préventive nécessaire pour une intégration scolaire réussie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en application, pour la région de Montréal, les recommandations du comité directeur du Consortium interrégional TCC enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trois établissements du Consortium intrarégional, Agence</li> </ul>	<p>Été 2007</p>
1.6 Respecter les orientations ministérielles en lien avec la complémentarité inter-RUIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les CH tertiaires de Montréal reçoivent la clientèle désignée selon les orientations ministérielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité régional de trauma en lien avec le comité stratégique du Consortium interrégional</li> </ul>	<p>À venir</p>
1.7 Définir au plan du suivi médical, la complémentarité entre les CH tertiaires et le CMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer au groupe de travail</li> <li>- Appliquer les recommandations du groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins de l'HME et de l'HSJ</li> <li>- Comité stratégique</li> </ul>	<p>Printemps 2006 Automne 2006</p>

**Objectif organisationnel II**  
**Consolider les mécanismes de liaison et de communication**

**Problématique :**

Manque d'uniformité dans l'orientation de la clientèle enfant et adolescent surtout pour les 16-18 ans et en respect avec les orientations ministérielles

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
2.1 Recevoir en centre hospitalier tertiaire un formulaire de prise en charge préhospitalière, dûment complété, pour les usagers de Montréal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les services pré-hospitaliers, le comité régional de traumatologie, le comité pré-hospitalier en traumatologie et le comité local de traumatologie</li> <li>- Former le personnel à l'admission des centres hospitaliers tertiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agence, Comité régional de traumatologie</li> <li>- Centres hospitaliers tertiaires</li> </ul>	<p>Hiver 2007</p> <p>Hiver 2008</p>
2.2 Établir un protocole d'entente avec les services pré-hospitaliers et les centres hospitaliers tertiaires adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un comité de travail</li> <li>- Entériner les recommandations du comité de travail</li> <li>- Appliquer les recommandations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de coordination du CIMEAT et comité directeur du consortium adultes</li> <li>- Comité stratégique</li> <li>- Comité régional de trauma</li> </ul>	Hiver 2008
2.3 Identifier les mécanismes de rentrée dans le Consortium	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir avec les services de première ligne les mécanismes de rentrée proposés</li> <li>- Assurer le monitoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité directeur et stratégique, représentant des CSSS</li> <li>- Comité de coordination</li> </ul>	Automne 2007
2.4 Définir des liens formels avec le milieu adulte pour la transition adolescents/adultes en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration d'un outil respectant les normes ministérielles et prenant en considération les besoins de l'utilisateur</li> <li>- Assurer les transferts selon les critères établis</li> <li>- Assurer le monitoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de travail CRME-IRM-CRLB-CRCL</li> <li>- Comités stratégiques des Consortiums adultes et enfants</li> <li>- Comité régional de trauma</li> </ul>	<p>Hiver 2007</p> <p>Hiver 2008</p>
2.5 Consolider le partenariat et les protocoles d'entente avec l'AQTC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un Comité de travail</li> <li>- Réviser les protocoles d'entente</li> <li>- Appliquer les nouvelles ententes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CRME et AQTC</li> <li>- CRME et AQTC</li> <li>- CRME et AQTC</li> </ul>	<p>Automne 2006</p> <p>Automne 2007</p> <p>Automne 2008</p>

**Objectif organisationnel III**  
**Connaître la spécificité de la clientèle TCC pédiatrique du territoire de Montréal**

**Problématique :**

Bien que le diagnostic de TCC soit toujours posé, le degré de sévérité du TCC n'est pas toujours précisé par les médecins traitants dans les dossiers de l'HSJ, particulièrement pour les TCC modérés. Ce manque d'homogénéité complique la compilation des données et le classement par degré de sévérité. Les établissements ne possèdent qu'une information limitée quant au profil socio-culturel et économique des enfants et adolescents de Montréal.

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
3.1 Préciser le degré de sévérité du TCC et l'inscrire au dossier	- Mettre en place un comité de travail entre les médecins et le gestionnaire du programme de traumatologie	- HSJ	Automne 2006
3.2 Harmoniser la détermination du degré de sévérité entre les trois établissements	- Mettre en place un comité de travail - Entériner les recommandations du comité de travail - Appliquer les recommandations	- Centres hospitaliers tertiaires - Comité directeur et stratégique - Comité de coordination	Hiver 2007
3.3 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	- Définir les informations nécessaires entre les établissements du Consortium intrarégional TCC enfants - Mettre en place un comité d'évaluation de programme en lien avec le processus interrégional défini - Déposer annuellement au comité régional de trauma les données du Consortium intrarégional	- Comité de coordination  - Comité directeur et stratégique  - Comité directeur et stratégique	Automne 2007  Automne 2007  Printemps 2008
3.4 Préciser le profil socio-culturel et économique de la clientèle desservie	- Assurer l'arrimage avec les mesures prévues dans la mise en œuvre de l'évaluation de programme	- CRME	Automne 2006

Objectif organisationnel III (suite)

### Connaître la spécificité de la clientèle TCC pédiatrique du territoire de Montréal

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
3.5 Définir les modalités d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	- Proposer des modalités pour obtenir le consentement de l'utilisateur pour la diffusion des informations au sein des établissements du Consortium intra et interrégional	- Comité de travail des CH tertiaires	Automne 2007
3.6 Établir un plan concerté de partage des connaissances pour le Consortium intrarégional	- Identifier les besoins - Proposer un plan de travail - Entériner le plan de travail - Planifier conjointement des conférences, activités de prévention, journée annuelle	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur et stratégique - Comité de travail	Printemps 2007 Printemps 2008 Automne 2008 Hiver 2009

**Objectif organisationnel IV**  
**Assurer le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium intrarégional,  
en lien avec le Consortium interrégional**

**Problématique :**

Chacun des établissements procède à l'évaluation de son programme en traumatologie. Par contre, les membres reconnaissent l'importance du monitoring et d'un mécanisme pour le suivi de l'implantation du Consortium.

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
4.1 Procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium intrarégional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un comité d'évaluation</li> <li>- Implanter un processus de suivi et d'évaluation du Consortium</li> <li>- S'assurer de l'évaluation de l'implantation du Consortium intrarégional</li> <li>- Faire un bilan annuel de l'atteinte des objectifs fixés</li>   <li>- S'assurer de l'arrimage avec le processus d'évaluation du Consortium interrégional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité directeur et stratégique</li> <li>- Comité directeur et stratégique</li>   <li>- Comité directeur et stratégique</li> </ul>	<p>Autonme 2006  Autonme 2007</p> <p>En continu</p> <p>Annuellement et dépôt au MSSS en juin de chaque année  En continu</p>
4.2 S'assurer de l'inclusion de la clientèle TCC dans les ententes entre les établissements du Consortium et les CSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier l'inclusion de la clientèle dans les ententes</li>   <li>- Assurer le suivi des ententes</li> </ul>	<p>Agence, établissements du Consortium intrarégional, représentant CSSS</p> <p>Agence, établissements du Consortium intrarégional, représentant CSSS</p>	<p>Selon le calendrier de l'Agence de Montréal</p> <p>En continu</p>

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

**Problématique :**

Le suivi à long terme de la clientèle est assuré par le CRME, mais les paramètres (balises) du suivi n'ont pas fait l'objet de discussions et un protocole formel reste à produire.

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
5.1 Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CRME et l'AQTC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les critères et les modalités de suivi long terme</li> <li>- Définir les responsabilités de suivi pour chacun des établissements</li> <li>- Implanter un mécanisme concerté et harmonisé de suivi à long terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de coordination par le biais d'un comité de travail conjoint CRME-AQTC</li> <li>- Comité de coordination par le biais d'un comité de travail conjoint CRME-AQTC</li> <li>- Comité directeur et stratégique</li> </ul>	À venir
5.2 Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les instances médicales et travailler avec les CSSS pour s'assurer de la disponibilité de telles ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agence et représentants de CSSS</li> </ul>	À venir

Objectif organisationnel VI  
**Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services  
pour les TCC ayant un trouble grave de comportement**

**Problématique :**

Offre de services déficiente envers les TCC-TGC. Besoins importants non-répondus par manque de ressources humaines et matérielles.

<b>Axes de travail (objectifs spécifiques)</b>	<b>Moyens</b>	<b>Instances responsables</b>	<b>Échéance</b>
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"> <li>- Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC en centre hospitalier tertiaire et en centre de réadaptation</li>   <li>- Identifier les modalités de collaboration avec les partenaires (en collaboration avec le PREM -TGC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trois établissements du Consortium, Agence et tenant compte du plan d'action du MSSS en respect avec les recommandations du groupe de travail ministériel sur le TGC</li>   <li>- Trois établissements du Consortium, Agence et tenant compte du plan d'action du MSSS en respect avec les recommandations du groupe de travail ministériel sur le TGC</li> </ul>	<p>À venir</p> <p>À venir</p>

## 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.

## Signataires

---

### **L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill**

---

Monsieur Arthur T. Porter  
Directeur général

Date : \_\_\_\_\_

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

---

Monsieur Khiem Dao  
Directeur général

Date : \_\_\_\_\_

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

---

Monsieur David Levine  
Président directeur général

Date : \_\_\_\_\_

## Annexe 1

### HME 2003-2004

Type	Activité	Période
Enseignement	Supervision de 21 stages cliniques en ergothérapie, physiothérapie, psychologie, orthophonie, audiologie et travail social	1 à 8 mois
Enseignement	Réanimation cardio-respiratoire pédiatrique avancée (PALS)	1 jour par mois
Enseignement	Enseignement hebdomadaire de l'urgence	1 heure par semaine
Enseignement	Enseignement mensuel en toxicologie	1 heure par mois
Enseignement	Simulacres de codes d'urgence	1 heure par mois
Conférence	«Traumatisme craniocérébral », conférence de soins infirmiers en traumatologie au CUSM	1 heure
Conférence	«Traumatologie pédiatrique : lorsque l'histoire ne dit pas tout », conférence de soins infirmiers en traumatologie du CUSM	1 heure
Conférence	« Le rôle d'un centre de traumatologie dans la prévention », conférence annuelle de l'Association canadienne de traumatologie	1 heure
Conférence	« Risk of re-injury in trauma patients »	1 heure
Conférence	« Identifying inflicted injuries »	1 heure
Conférence	« Directives pour le traitement de la neurotraumatologie aiguë - les différences entre les enfants et les adultes »	1 heure
Conférence	« La relation entre le souvenir d'un événement traumatique et l'état de stress post-traumatique »	1 heure
Conférence	« Le TCC pédiatrique : un suivi postal de 525 enfants d'une région du Royaume-Uni »	1 heure
Conférence	« Gradual return to sports following a head injury »	1 heure
Conférence	« Traumatic brain injury : from molecule to family systems »	1 heure
Recherche et publications	Soumission au Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation pour « L'étude d'identification des besoins spécifiques des adolescents – Traumatisme crânien »	
Recherche et publications	Soumission pour l'étude « Developmental outcome of infants with moderate and severe head injury »	
Recherche et publications	Étude de l'hypothermie et du traumatisme craniocérébral pédiatrique	
Média, éducation du public	« Safety on wheels », Global TV	

Type	Activité	Période
<b>HME 2003-2004 (suite)</b>		
Média, éducation du public	- Conférence de presse pour le lancement de la semaine SécuritéJeunes et la campagne « Finies les marchettes » - Entrevues avec les médias	
Média, éducation du public	« Hockey injurieux », 940 news	
Média, éducation du public	« Les blessures en été », TQS	
Média, éducation du public	« Car Safety » et « Road Safety », CJAD's Dave Fischer Show	
Média, éducation du public	Lancement du calendrier de l'HME	
Média, éducation du public	Communiqué de presse sur la prévention des blessures en hiver	
Média, éducation du public	« Winter prevention », <i>The Gazette</i>	
Média, éducation du public	« L'hiver et la prévention », le <i>Journal de Montréal</i>	
Média, éducation du public	« MCH calendar and winter prevention », <i>The Gazette</i>	
Média, éducation du public	« Play it safe on the hills this winter », MUHC ensemble	
Média, éducation du public	« Minor hockey », CFCF TV	
Média, éducation du public	« Blessures au hockey mineur », Canal D	
Média, éducation du public	« L'abus et le traumatisme craniocérébral sévère », le <i>Journal de Montréal</i>	
Média, éducation du public	« Severe head injury caused by abuse », CBC TV	
Média, éducation du public	« Spring school break and summer », <i>The Gazette</i>	
Média, éducation du public	« Canada bans walkers », <i>The Gazette</i>	

HSJ 2003-2004

Type	Activité	Période
Enseignement	Supervision de stagiaires en fin d'études en orthophonie, ergothérapie et physiothérapie	
Enseignement	Présentation sur la traumatologie pédiatrique à l'Université de Montréal dans le cadre du cours de sciences infirmières SOI-3234	
Enseignement	Revue du module de référence en traumatisme crânien pour la formation continue des infirmiers et infirmières	
Enseignement	Formation du personnel en vue de la clinique annuelle de vérification des sièges d'auto pour enfants	
Enseignement	Présentation aux médecins de l'urgence « Reconnaissance de la blessure craniocérébrale chez l'enfant » par le médecin conseil de l'équipe TCC	
Enseignement	« Les urgences neurologiques : trauma crânien », cours PALS	3 jours en nov. 2003, janv. et mars 2004
Publication	Élaboration d'un album pour enfants expliquant le TCC modéré-sévère aux enfants de 5 à 10 ans, « L'accident d'Hugo »	
Conférence	Conférence sur les traumatismes crâniens au CLSC Villeray dans le cadre de la Table de concertation de la petite enfance	
Conférence	Conférence incluant le volet TCC au Colloque « Au cœur de la trauma »	
Conférence	Conférence au congrès de traumatologie à Québec sur la « Prise en charge initiale de l'enfant polytraumatisé » incluant le volet TCC	
Conférence	« Prise en charge du blessé pédiatrique : pièges à éviter », Colloque annuel de traumatologie à Québec	
Conférence	« Les bonnes et les mauvaises raisons pour enlever un collet cervical », Journées provinciales sur les urgences et les soins critiques pédiatriques	
Prévention	Clinique annuelle de vérification des sièges auto et entrevues dans les médias à ce sujet	
Prévention	Participation au Salon de la maternité sur les sièges auto pour enfants	
Recherche	Participation à TCC Québec	
Recherche	Participation à SCHIRPT (système canadien hospitalier d'information et de recherche sur la prévention des traumatismes)	
Recherche	Participation à l'étude multicentrique sur l'utilisation de l'hypothermie chez les polytraumatisés avec TCC sévère	

**CRME 2003-2004**

Type	Activité	Période
Perfectionnement	Cours de supervision de stage - Université de Montréal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 23 et 24 octobre, 18 et 19 novembre 2003</li> <li>▪ 12, 13, 26 et 27 février 2004</li> </ul>
Perfectionnement	Journée des professionnels - « Grandir sur les chemins de la recherche » - HSJ	30 octobre 2003
Recherche	Direction de mémoire : <i>Impact de la sévérité du traumatisme crânioencéphalique sur l'attention soutenue d'enfants et d'adolescents</i>	2003
Recherche	Participation à la recherche : Projet TCC-Québec : implantation d'un système d'information clientèle dans les différents centres de réadaptation	2003
Recherche	Participation à la recherche : Effets du méthylphénidate (Ritalin) sur les troubles acquis de l'attention auprès d'une population pédiatrique ayant subi un TCC	2003
Publication	Participation à la publication : <i>Évaluation neuropsychologique en pédiatrie et neurotraumatologie</i> , Éditions PRIAME : Enfance et Neurosciences, no 40, p. 144-163, HSJ	2003
Publication	Participation à la publication : <i>Évaluation neuropsychologique en pédiatrie et neurotraumatologie</i> , chap. 1, Neuropsychologie pédiatrique, Presse des Universités du Québec (sous presse)	2003
Enseignement	Étudiants en psychologie, Université de Montréal, Université du Québec à Montréal	2003
Implication/ participation	Membre du Comité de vigie sur la réadaptation qui relève du service de programmation en réadaptation SAAQ afin de contribuer à la constitution d'une base de données sur les effets de la réadaptation	2 jours/sem en 2003
Enseignement	Supervision de stage d'étudiants au doctorat en neuropsychologie	Avril 2003 à mars 2004
Enseignement	Supervision de stage d'étudiants en orthophonie	Avril à juin 2003
Enseignement	Supervision de stage d'étudiants en neuropsychologie : formation en psychologie clinique (sensibilisation aux aspects psychologiques de la réadaptation en neurotraumatologie), Université de Montréal, Université du Québec à Montréal	Avril à juillet 2003
Enseignement	Dernière partie du cours ORA 3658 : Intervention audiolinguistique III, étudiants en audiologie (Bacc.3 <sup>e</sup> année), Université de Montréal	3 et 10 avril 2003 3 heures
Publication	Rédaction d'un article pour le mois de la communication intitulé <i>Une audition SVP</i>	mai 2003
Enseignement	Formation sur l'« <i>Utilisation et la cotation du système d'information clientèle TCC-Québec</i> » au programme TCC du centre de réadaptation de la Gaspésie.	5 juin 2003

Type	Activité	Période
<b>CRME 2003-2004 (suite)</b>		
Enseignement	Formation sur les mesures d'insertion : théorie et pratique aux audiologistes du CHUM	6 et 7 juin 2003
Enseignement	Supervision de stage d'étudiants en neuropsychologie : formation en psychologie clinique (sensibilisation aux aspects psychologiques de la réadaptation en neurotraumatologie)	Septembre 2003 à la fin janvier 2004
Enseignement	Supervision de stage d'une étudiante en ergothérapie	Septembre à décembre 2003
Rayonnement	Organisation et animation lors de la journée d'échanges sur la remédiation cognitive : <i>Réalité, projet ou utopie</i>	26 septembre 2003
Formation	L'appareillage et les mesures d'insertion : théorie et pratique aux audiologistes membres de l'OOAQ.	26 septembre 2003
Formation	Les aides techniques pour les hémiplegiques (AVQ, AVD) aux ergothérapeutes du CRME	29 septembre 2003
Formation	Utilisation et cotation du système d'information clientèle TCC-Québec aux intervenants du programme TCC du Centre montérégien de réadaptation	24 octobre 2003
Formation	Utilisation et cotation du système d'information clientèle TCC-Québec aux intervenants du programme TCC du CH de Val d'Or	30 octobre 2003
Formation	Fabrication d'aides flottants et natation adaptée aux personnes handicapées auprès des intervenants de l'Association des personnes handicapées de Chibougamau	Novembre 2003
Conférence	L'intervention du neuropsychologue en neurotraumatologie : agenda électronique comme support des activités de la vie quotidienne de la personne victime d'un traumatisme craniocérébral au 6 <sup>e</sup> Congrès québécois de réadaptation en déficience physique du Québec	6 et 7 novembre 2003
Enseignement	<i>L'amplification</i> , cours donné aux étudiants de maîtrise en orthophonie au School of Communication Disorders, Université McGill	19 novembre 2003
Conférence	La mémoire est-elle une faculté qui oublie ?	29 novembre 2003
Enseignement	L'appareillage et les mesures d'insertion : théorie et pratique aux audiologistes membres de l'OOAQ	21 novembre 2003
Enseignement	Animation d'un atelier sur les aides auditives aux étudiants de maîtrise en orthophonie au School of Communication Disorders, Université McGill	27 novembre 2003
Enseignement	Dernière partie du cours ORA 3658 : Intervention audiolinguistique III, étudiants en audiologie (Bacc.3 <sup>e</sup> année), Université de Montréal	Janvier à avril 2004 3 heures
Enseignement	Cosupervision d'une étudiante au doctorat en neuropsychologie	Janvier 2004

Type	Activité	Période
<b>CRME 2003-2004 (suite)</b>		
Formation	Utilisation et cotation du système d'information clientèle TCC-Québec aux intervenants du programme TCC du CH de la Sagamie	30 octobre 2003
Formation	Utilisation et cotation du système d'information clientèle TCC-Québec aux intervenants du programme TCC du CH de Jonquière	20 janvier 2004
Conférence	Cheminement émotif du jeune neurotraumatisé et de sa famille	3 février 2004
Conférence	Modifications et nouvelles applications dans le système d'information clientèle TCC-Québec au colloque TCC-Québec	19 février 2004
Enseignement	L'appareillage et les mesures d'insertion : théorie et pratique aux audiologistes de l'IRD PQ	18 mars 2004
Enseignement	L'appareillage et les mesures d'insertion : théorie et pratique aux audiologistes de l'Institut Raymond-Dewar	25 mars 2004
Publication	Corédaction d'un article paru dans la revue <i>Le Clinicien</i> , (avril 2004), intitulé <i>Troubles auditifs, troubles cognitifs, y a-t-il confusion ?</i>	Mars 2004

**AQTC 2003-2004**

Type	Activité	Période
Rayonnement	Présentation-témoignage au Collège de Bois-de-Boulogne	6 heures

**AQTC 2003-2004 - Activités de formation**

Titre	Organisation ou formateur	Dates	Représentation
Intervention de crise suicidaire - niveau 1	Suicide-Action Montréal	2 jours - avril 2003	1 coordonnatrice 3 intervenants psychosociaux
Colloque neuroscience-philosophie	UQAM	1 jour - mai 2003	1 coordonnatrice 3 intervenants psychosociaux
Discussions sur les nouveaux développements en matière de TCC	Peter Scherzer UQAM	1 jour - mai 2003	1 coordonnatrice 3 intervenants psychosociaux
Supervision sur les troubles de personnalité	J. Drolet	1 jour - mai 2003	1 directeur 1 organisateur communautaire
Secourisme	CSST-Laval	2 jours - juin 2003	1 directeur 1 organisateur communautaire
Colloque trauma et résilience	Institut Philippe-Pinel	2 jours - septembre 2003	2 intervenants psychosociaux
Projet ensemble : la personne cérébralisée et son maintien dans la communauté	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	novembre 2003	2 organisateurs communautaires
Initiation à la relation d'aide	Centre Saint-Pierre	2 jours - novembre 2003	1 organisateur communautaire
Traitement cognitif-comportemental du trouble panique avec ou sans agoraphobie	Formation Porte-Voix	1 jour - novembre 2003	1 coordonnatrice 1 intervenant psychosocial
Traitement cognitif-comportemental du trouble d'anxiété généralisé	Formation Porte-Voix	1 jour - novembre 2003	1 coordonnatrice 3 intervenants psychosociaux