



DES ACTIONS PRÉCOCES POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

PROGRAMME DE PRISE
EN CHARGE DU TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER
ET DE LA COMMOTION
CÉRÉBRALE (TCCL/CC)
AU QUÉBEC

Continuum de services
en traumatologie

Coordination et rédaction

Madame Karine Bibeau, conseillère à la Direction des services hospitaliers
Madame Audrey Delisle, conseillère à la Direction des services hospitaliers

Direction

Docteure Lucie Poitras, Direction générale adjointe des services hospitaliers du médicament et de la pertinence clinique
Madame Nathalie Labrecque, Direction des services hospitaliers

Groupe de travail et de lecture

Docteure Geneviève Forest – CISSS de Lanaudière
Docteur Pierre Frémont – GMF-U Laurier – Université Laval
Monsieur Martin Hamel – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Madame Marie-Josée Harvey – CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Madame Valérie Laberge – Usagère partenaire
Madame Anne-Marie Lagacé – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Docteure Natalie Le Sage – CHU de Québec – Université Laval et CIUSSS de la Capitale-Nationale
Madame Marie-Pierre Valiquette – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Madame Marie Michèle Watt – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Remerciements

Sincères remerciements à tous les membres du comité consultatif sur le traumatisme craniocérébral léger et la commotion cérébrale (2018-2019) pour leur implication et le partage de leur expertise.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal - 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN : 978-2-550-96717-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| Vision, objectifs et principes directeurs | 3 |
| La vision | 3 |
| Les objectifs | 3 |
| Les principes directeurs | 3 |
| Modalités organisationnelles et cliniques | 5 |
| La population ciblée | 5 |
| Le rôle pivot des services de première ligne et d'urgence | 7 |
| L'importance de l'information, de l'éducation et de la rassurance | 7 |
| L'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC | 8 |
| Les fonctions essentielles et services nécessaires | 9 |
| La composition de l'équipe | 9 |
| La localisation de l'équipe | 10 |
| L'offre de services | 11 |
| La prise en charge initiale : diagnostic et éducation de l'utilisateur et de ses proches | 11 |
| La surveillance : utilisateur partenaire de ses soins | 12 |
| Les services précoces TCCL/CC : prise en charge interdisciplinaire | 14 |
| Les services complémentaires : services liés aux symptômes persistants de l'utilisateur | 15 |
| Suivi du fonctionnement et de la performance du programme | 16 |
| Responsabilités relatives à la réalisation du programme | 17 |
| Les responsabilités ministérielles | 17 |
| Les responsabilités des établissements | 17 |
| Références | 18 |
| Annexe 1 | 19 |

Liste des sigles

| | |
|--------|--|
| CC | Commotion cérébrale |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| GAP | Guichet d'accès à la première ligne |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PSV | Plateforme de soins virtuels |
| RSSS | Réseau de la santé et des services sociaux |
| TCC | Traumatisme craniocérébral |
| TCCL | Traumatisme craniocérébral léger |

Introduction

De façon générale, le traumatisme craniocérébral (TCC) est défini comme une altération des fonctions cérébrales, ou toute autre preuve de pathologie cérébrale, causée par une force externe [1]. Il s'agit d'une atteinte cérébrale aiguë, puisque le crâne et les structures sous-jacentes sont touchés lors de l'impact. Le TCC se divise en trois catégories : le TCC sévère, le TCC modéré et le TCC léger (TCCL). Le TCCL se caractérise par des manifestations cliniques de sévérité variable pouvant ou non inclure une perte de conscience. Son diagnostic est basé sur l'objectivation de certains critères bien définis. Si le terme de commotion cérébrale (CC) sert généralement à désigner une forme de TCCL dans laquelle les critères objectifs du TCCL ne sont pas toujours présents, sa définition tient compte de toutes les manifestations cliniques possibles des TCC. Ainsi, puisque la CC et le TCCL correspondent en réalité au même problème de santé, le libellé TCCL/CC sera désormais employé.

Il est estimé que 75 à 85 % des TCC sont des TCCL/CC et que leur incidence annuelle tourne autour de 600 personnes sur 100 000 [2]. Le TCCL/CC constitue donc la catégorie de TCC la plus fréquente chez les adultes et les enfants. Au Québec, en 2019, plus de 45 000 individus ont consulté à l'urgence ou en cliniques médicales pour ce type de diagnostic, et ce nombre est en croissance constante depuis 2008 selon les données recueillies par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [3].

Un ensemble de symptômes peuvent apparaître jusqu'à 48 heures après l'incident traumatique à l'origine du TCCL/CC. Les symptômes peuvent différer d'un individu à un autre, et ce, malgré la similarité du contexte et de la blessure. Les maux de tête, les étourdissements, les problèmes de concentration et de mémoire, les problèmes de sommeil ainsi que la sensibilité à la lumière et aux bruits sont des manifestations fréquentes rapportées à la suite d'un TCCL/CC. Selon la littérature, la durée de la période de récupération où il y a une résorption graduelle des symptômes varie de quelques jours à quelques semaines, quatre semaines revenant régulièrement chez l'adulte comme chez l'enfant [4-8]. Cette évolution favorable serait vécue par environ 80 % des personnes qui ont subi un TCCL/CC [4, 6]. Lorsqu'il y a peu ou pas d'amélioration des symptômes après cette période de récupération, on parle d'un TCCL/CC d'évolution lente, bien que les symptômes tendent à disparaître complètement après quelques semaines, voire quelques mois, chez une grande majorité des personnes [4, 8]. Il est cependant estimé que 15 % des personnes qui ont subi un TCCL/CC souffrent de troubles persistants au-delà de trois mois après l'incident traumatique, y compris divers symptômes d'ordre cognitif ou vestibulo-oculaire, des céphalées post-traumatiques, des atteintes cervicales, de l'anxiété et des troubles de l'humeur, de la fatigue persistante et d'autres manifestations physiques [9, 10]. Ainsi, même si le terme *léger* est utilisé comme un qualificatif du TCCL/CC, cette problématique peut entraîner des conséquences importantes à long terme.

En janvier 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait les « Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010 » [11] pour la mise en place d'une approche systémique au regard du TCCL. Ces orientations s'étaient largement appuyées sur le rapport publié en février 2004 par le World Health Organization Collaborating Center for Neurotrauma, Prevention, Management and Rehabilitation Task Force on Mild Traumatic Brain Injury (ci-après, Task Force), un groupe de travail international qui avait comme mandat de se pencher sur la problématique du TCCL. Ces orientations ont permis de poser les balises de l'organisation de services à mettre en place en proposant des paramètres organisationnels et un cadre de référence clinique sur lesquels devaient s'appuyer les régions du

Québec pour développer et implanter une offre de services en réponse aux besoins particuliers de ces usagers.

Depuis, des avancées importantes sur le plan des connaissances scientifiques et de positionnement des différents systèmes de santé au regard des principes de prise en charge des personnes ayant subi un TCCL/CC ont été réalisées. Ces connaissances permettent maintenant de dégager de nouvelles tendances quant à la nature des interventions et de nouveaux modes de prestation de services dont pourrait bénéficier la population.

Dans ce contexte, le MSSS a confié le mandat à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de rédiger un état des connaissances sur le TCCL/CC afin de guider ses travaux sur la mise à jour des orientations ministérielles. L'état des connaissances publié en mars 2018 [12] soulignait la nécessité de modifier les services en cohérence avec les données probantes les plus à jour afin d'améliorer l'offre dans ce secteur des soins de santé, notamment par rapport à la définition d'un TCCL/CC, à l'accessibilité aux services qui y sont consacrés et à sa prise en charge.

Pour ce faire, en 2018, le MSSS a mis sur pied un comité consultatif dont le mandat était de proposer des modifications aux orientations ministérielles en vigueur en vue de tirer profit de l'avancement des connaissances et de l'évolution du système de santé québécois. Cette démarche de mise à jour a donc été amorcée dans le but de répondre aux différentes difficultés tout au long du parcours de la prise en charge des personnes qui ont subi un TCCL/CC. Si le TCCL/CC demeure un enjeu important de santé publique, sa prise en charge par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) doit être considérée comme primordiale dans le but d'optimiser le retour à la vie normale sans diminution fonctionnelle ou avec un minimum de symptômes à la suite d'un diagnostic de TCCL/CC.

Le programme de prise en charge du TCCL/CC propose une trajectoire de soins et de services qui soutiendra le RSSS dans le développement d'une offre de services intégrés, à l'image du continuum de services en traumatologie du Québec. Le but est d'optimiser les services, au bénéfice des personnes qui ont subi un TCCL/CC, tout en considérant que la structure de services actuels ainsi que l'organisation interne demeurent des facteurs clés de la fluidité des activités qui y sont réalisées.

Ce document s'adresse à toutes les personnes qui auront à intervenir à un moment ou à un autre dans la prise en charge de ces usagers, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux, y compris les médecins de famille et les médecins spécialistes. Il peut également servir aux personnes qui ont subi un TCCL/CC dans leur désir de mieux comprendre leur parcours de soins. Il ne fournit pas de lignes directrices pour les soins ou les pratiques cliniques nécessaires à la prise en charge du TCCL/CC. De telles lignes directrices fondées sur des données probantes sont produites par des organismes reconnus et accessibles en ligne [13, 14].

Vision, objectifs et principes directeurs

La vision

Le but du programme de prise en charge du TCCL/CC est d'offrir des soins et des services cliniques efficaces, pertinents et efficaces aux personnes qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC afin d'optimiser leur retour à la vie normale sans diminution fonctionnelle ou avec un minimum de symptômes.

Les objectifs

Les objectifs se rapportent aux résultats souhaités par l'organisation des soins et des services. Dans ce contexte, les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI[U]SSS) qui sont responsables d'offrir des services pour les usagers TCCL/CC doivent idéalement atteindre les objectifs suivants :

- **Améliorer l'efficacité de la prise en charge du TCCL/CC** en offrant des services généraux à l'ensemble des usagers TCCL/CC, mais en prodiguant des soins spécialisés à ceux dont l'évolution du tableau clinique est défavorable à la suite du TCCL/CC et en orientant adéquatement ceux qui présentent une persistance de symptômes vers les services qui répondent à leurs besoins;
- **Encourager l'utilisateur et ses proches à adopter les comportements adéquats dès l'incident** par l'information, l'éducation et la rassurance de sorte que l'utilisateur développe rapidement une meilleure compréhension de son état et participe activement à son rétablissement;
- **Développer les connaissances sur le TCCL/CC et maintenir l'expertise** des intervenants impliqués dans la trajectoire en arrimant les soins basés sur les bonnes pratiques afin de mieux reconnaître, d'évaluer et de suivre les personnes qui ont subi un TCCL/CC et de favoriser une meilleure collaboration entre les diverses équipes sollicitées.

Les principes directeurs

Les principes directeurs sont des fondements incontestables utilisés en tant que bases inébranlables qui sous-tendent les orientations et les actions à mener.

Approche centrée sur la personne qui a subi un TCCL/CC et ses besoins

Il s'agit d'une approche réaliste qui entraîne l'utilisateur dans un processus d'acquisition de connaissances pour une meilleure compréhension de la situation dans sa globalité. La personne qui a subi un TCCL/CC et les intervenants qu'elle rencontre travaillent ensemble vers une compréhension commune du problème et de leurs rôles respectifs pour le résoudre. Ce terrain d'entente ainsi créé favorise la résolution du problème en plus d'incorporer la promotion de la santé et la prévention de la problématique qui s'applique.

Partenariat avec l'utilisateur qui a subi un TCCL et ses proches

Ce type de relation entre la personne qui a subi un TCCL/CC, ses proches et l'équipe multidisciplinaire permet d'arriver à un consensus pour une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. La complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience de l'utilisateur favorise la personnalisation des soins, le

développement et le renforcement des compétences de l'utilisateur à participer aux décisions le concernant.

Stratégie de santé globale : physique et psychosociale

Étant donné le large éventail de symptômes touchant les personnes ayant subi un TCCL/CC, il est indispensable de les soigner selon une nouvelle approche. L'approche globale de la santé physique et psychosociale fait la promotion d'une vision préventive de la santé. Elle est inclusive à l'égard de toutes les catégories de population et vise l'amélioration des conditions de vie et le bien-être de toutes et de tous. Elle prend aussi en compte tous les aspects de la personne pouvant être problématiques dans la gestion, la réadaptation et la réintégration de la personne.

Collaboration interprofessionnelle et démarche multidisciplinaire

Tous les types de collaborations et les visions d'ensemble sont essentiels à la concrétisation d'un travail d'équipe ayant un même objectif dans le but d'obtenir des résultats optimaux. Ils contribuent à la réactivité des intervenants dans l'exercice de leurs compétences, mais également à l'intégration d'une certaine flexibilité dans le travail d'équipe. Ils facilitent et accélèrent la prise de décision. Ce principe touche les éléments suivants : engagement envers la personne qui a subi un TCCL/CC, démarche de santé axée sur la population, meilleurs soins et services possibles, accès, confiance, respect et communication efficace.

Modalités organisationnelles et cliniques

La population ciblée

Le programme s'adresse à toutes les personnes au Québec qui reçoivent un diagnostic de TCCL, de CC ou de TCCL probable (tableau 1). Dans les cas où les critères objectifs seraient absents, la relation temporelle entre l'événement et l'apparition des signaux d'alerte et des symptômes doit être inférieure à 48 heures.

| Symptômes fréquents* | Signaux d'alerte |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Fatigue, troubles de sommeil • Nausées • Étourdissements, vertiges • Sensation d'être au ralenti • Problèmes de concentration ou de mémoire • Vision embrouillée • Sensibilité à la lumière ou aux bruits • Émotivité inhabituelle (ex. : anxiété, irritabilité) | <ul style="list-style-type: none"> • Perte ou détérioration de l'état de conscience • Confusion • Vomissements répétés • Convulsions • Maux de tête qui augmentent • Somnolence importante • Difficulté à marcher, à parler ou à reconnaître les gens ou les lieux • Vision double • Agitation importante, pleurs excessifs |

* Notez que la liste des symptômes fréquents n'est pas exhaustive; d'autres symptômes pourraient être observés.

Tableau 1. Population visée par le programme

| |
|--|
| <p>TCCL AVEC CRITÈRE OBJECTIF DU TASK FORCE</p> <p>Toute personne ayant subi un TCCL selon les critères diagnostiques établis par le Task Force (2004), auxquels ont été ajoutés certains exemples cliniques ou certaines précisions afin d'en faciliter l'application, soit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'objectivation d'au moins un des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> . Altération de l'état de conscience (confusion, désorientation, ralentissement psychomoteur¹); . Perte de conscience < 30 minutes; . Amnésie rétrograde² ou antérograde (< 24 heures); . Tout autre signe d'atteinte neurologique transitoire d'origine centrale³ (ex. : convulsion, troubles objectivés d'équilibre/de coordination⁴) ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale; 2. Un résultat variant de 13 à 15 sur l'échelle de coma de Glasgow 30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation au service des urgences. <p>CC OU TCCL PROBABLE SANS CRITÈRE OBJECTIF DU TASK FORCE</p> <p>Toute personne ayant subi un coup direct à la tête, au visage, au cou ou à toute autre partie du corps caractérisée par une impulsion transmise à la tête :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Chez qui l'on note l'apparition des signaux d'alerte et de symptômes compatibles avec un TCCL, soit le jour même de l'accident ou le lendemain; . Chez qui les critères objectifs du TCCL selon le groupe de travail de l'OMS sont absents ou ne peuvent être documentés. <p>Dans les deux groupes ciblés, les manifestations ne doivent pas être uniquement dues à une intoxication à l'alcool, aux drogues ou à la médication, ni être causées par d'autres blessures ou le traitement des autres blessures (lésions systémiques, faciales, intubation), ni résulter uniquement d'autres problèmes (traumatisme psychologique, barrière linguistique ou autres pathologies coexistantes chez l'individu), ni être causées par un TCC de nature pénétrante.</p> <p>Considérer un lien temporel de moins de 48 heures entre le début des symptômes et l'incident traumatique.</p> <hr/> <p>¹ Ralentissement psychomoteur : temps de réponse verbale plus lent, temps de réaction motrice ralenti, etc. ² Amnésie rétrograde : amnésie des événements avant l'accident. ³ Atteintes neurologiques transitoires d'origine centrale : considérer toute anomalie d'allure neurologique centrale et non pas uniquement des signes latéralisateurs ou très focaux. ⁴ Troubles objectivés d'équilibre/de coordination : anomalie objectivée à l'aide de tests (ou portion de tests) simples d'équilibre statique et dynamique (ex. : BESS, marcher en ligne droite, équilibre unipodal, etc.).</p> |
|--|

Cette approche vise à être la plus inclusive possible en ce qui concerne la terminologie nécessaire pour bien encadrer les concepts de TCCL/CC. La définition retenue constitue aussi un moyen d'intégrer et de mettre en relation les deux terminologies.

À noter que les trois profils de risque de complications médicales graves (trivial, simple et complexe) proposés par les orientations ministérielles 2005-2010 sont abandonnés au profit d'une nomenclature unique en raison de la confusion qu'ils apportaient.

Le rôle pivot des services de première ligne et d'urgence

Le repérage représente une étape cruciale pour déterminer l'orientation d'un individu qui a subi un événement impliquant un impact à la tête ou une impulsion transmise à la tête :

- Un individu qui présente des signaux d'alerte doit impérativement être dirigé vers un médecin pour recevoir un diagnostic et une prise adéquate à sa condition;
- Un individu qui présente des symptômes compatibles avec un TCCL/CC dans les 48 heures après l'événement doit consulter rapidement un médecin ou un professionnel de la santé qualifié (infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne [IPSPL]¹ et physiothérapeute formé²) pour recevoir un diagnostic et l'accompagnement qui lui convient;
- Il n'est pas nécessaire pour un individu qui ne développe pas de symptômes compatibles avec un TCCL/CC dans les 48 heures après l'événement de consulter un médecin ou un professionnel de la santé qualifié. Sans avis clinique, l'individu peut recommencer ses activités intellectuelles, physiques et sportives sans passer par la reprise graduelle.

Dans le cas de l'individu qui présente des symptômes compatibles avec un TCCL/CC dans les 48 heures après l'événement, il est généralement dirigé vers le lieu de pratique de son médecin de famille, la clinique sans rendez-vous d'une superclinique, une clinique privée ou une urgence en centre hospitalier. Il importe pour tous les professionnels de la santé qui rencontrent l'usager, particulièrement pour le médecin à qui il revient de poser le diagnostic de TCCL/CC, de le questionner sur les circonstances ayant provoqué l'apparition de ses symptômes pour établir la relation causale et temporelle, le cas échéant. À cet effet, obtenir un diagnostic de TCCL/CC par les services de première ligne et d'urgence est déterminant pour la suite de la prise en charge de l'usager, y compris la référence vers les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC.

Parmi le corps médical, les médecins de famille sont les mieux positionnés pour évaluer, diagnostiquer et éduquer les usagers qui reçoivent un diagnostic de TCCL/CC en raison de leur pratique de proximité, de l'accessibilité au dossier médical de l'usager et de la possibilité d'un suivi longitudinal. Néanmoins, bien que la proportion de diagnostics émis par les services d'urgence soit en baisse depuis une quinzaine d'années, encore 68 % des diagnostics sont posés par les urgentologues du Québec [3]. Il est souhaité qu'en phase initiale, l'usager qui en a la possibilité se dirige vers une clinique sans rendez-vous (avec un médecin de famille ou une IPSPL) afin d'obtenir un diagnostic. La consultation initiale dans un service d'urgence est la voie à préconiser uniquement lorsque l'usager présente des signaux d'alerte.

L'importance de l'information, de l'éducation et de la rassurance

À partir du moment où un individu reçoit un diagnostic de TCCL/CC, il souhaite tout savoir au sujet du TCCL/CC. Les lignes directrices canadiennes recommandent clairement que des interventions d'information, d'éducation et de rassurance soient amorcées très rapidement, et ce, dès la suspicion ou la confirmation d'un TCCL/CC. Les données probantes montrent d'ailleurs que le fait de fournir les explications, les consignes et l'information générale utiles au sujet du TCCL/CC joue un rôle crucial dans la stabilisation et l'atténuation des symptômes. Cette étape

¹ L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique (<https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>)

² Autorisation de la reprise d'activités sportives après un TCCL ou une commotion cérébrale : mise au point concernant l'apport des physiothérapeutes (<https://www.cmq.org/fr/actualites/autorisation-reprise-activites-sportives-apres-tccl-commotion-cerebrale>)

d'enseignement permet donc à l'utilisateur de mieux comprendre et d'affronter ce qu'implique le TCCL/CC et ce qui devrait l'amener à participer activement à son suivi.

Les travaux menés antérieurement pour la révision de l'organisation de services en TCCL/CC ont permis de mettre en lumière que la transmission d'informations est actuellement très variable et non systématique. Les informations partagées sont parfois inadéquates (repos complet de plusieurs jours par exemple) ou manquent de nuance entre minimisation et dramatisation. Cette variabilité et le manque de constance dans les pratiques d'information, d'éducation et de rassurance ont pour conséquence que les usagers (et leurs proches) obtiennent finalement peu d'information, voire aucune, ou de l'information erronée dans certains cas, ce qui peut causer inutilement de l'angoisse et du désarroi.

Il apparaît ainsi nécessaire de fournir de l'information écrite, uniforme et adaptée au contexte de vie personnelle à chacun très tôt dans le processus, et ce, par du personnel compétent. Il est impératif de prendre en considération les enjeux liés aux différents milieux dans lesquels vit l'utilisateur, puisque des accommodements doivent être appliqués lorsqu'ils contreviennent à promouvoir une évolution favorable de la condition de santé. Le partage d'information est nécessaire sur le rétablissement, la reprise graduelle des activités, le continuum de soins et les ressources appropriées.

Cette étape ne peut cependant pas être optimale sans l'observance des consignes par l'utilisateur. Rapidement après l'incident traumatique, l'utilisateur doit être responsabilisé quant à l'adoption des comportements adéquats et favorables à son rétablissement complet. La persistance et la chronicité des symptômes peuvent entraîner des répercussions tangibles sur la qualité de vie immédiate et future de l'utilisateur. Ainsi, plus la conscientisation sera encouragée, plus les conséquences seront contrôlées.

Au moment de la consultation initiale, il s'agit essentiellement de donner à l'utilisateur les consignes à suivre durant les premiers jours, de souligner l'importance d'adopter les bons comportements pour optimiser sa récupération et de le rassurer en lui expliquant ce à quoi il peut raisonnablement s'attendre concernant son rétablissement. Il faut cependant veiller à ne pas inonder ou surcharger l'utilisateur de détails durant les premiers jours, considérant la période de repos recommandée, bien qu'il soit nécessaire de prendre le temps que l'utilisateur comprenne comment gérer ses activités à la suite d'un TCCL/CC. Dans cette optique, il vaut mieux offrir diverses options afin de permettre à l'utilisateur d'obtenir l'information nécessaire dans un format qu'il connaît et qu'il est capable de tolérer tout en lui donnant d'autres sources d'information, sur demande et au besoin.

Par la suite, l'éducation sur les étapes de reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives doit être régulièrement partagée tout en rassurant l'utilisateur sur la période de récupération normale des symptômes et en insistant sur la nécessité d'adopter les comportements qui favoriseront sa récupération.

L'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC

Les lignes directrices canadiennes [14] mentionnent que les personnes qui présentent des symptômes au-delà de 14 jours après le traumatisme tirent profit d'une prise en charge multidisciplinaire (neuropsychologie, physiothérapie, etc.) sous supervision médicale. Dans ce contexte, il importe de définir, de positionner et d'outiller adéquatement l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC.

Les fonctions essentielles et services nécessaires

Les données probantes concernant les soins à dispenser à la suite d'un TCCL/CC montrent que les symptômes se présentent de multiples façons et agissent sur trois grandes fonctions, soit physique, cognitive et affective, soulignant la nécessité d'instaurer une approche adaptée aux symptômes de l'individu. Dans le cas d'une évolution lente ou défavorable, le retour aux activités courantes et la gestion des symptômes se révèlent plus complexes, ce qui exige habituellement l'intervention de diverses disciplines professionnelles. Ainsi, l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC doit avoir la capacité d'accomplir les fonctions essentielles et d'offrir les services nécessaires pour prendre en charge l'intégralité de la gestion thérapeutique de l'utilisateur. Ces fonctions et services sont :

1. **La confirmation du diagnostic et les décisions relatives au traitement** : produire une évaluation clinique pour éliminer les autres problématiques pouvant avoir des symptômes similaires et pour dresser le tableau des symptômes encore présents dans en vue d'orienter la prise en charge et le traitement. Dans certains cas, un diagnostic différentiel et la prescription de traitement peuvent s'avérer essentiels;
2. **Le traitement physique** : faire une évaluation et offrir une prise en charge des symptômes de nature physique comme les céphalées, les troubles vestibulaires, les troubles oculo-moteurs, les problèmes musculosquelettiques et autres;
3. **Le traitement cognitif, fonctionnel et affectif** : évaluer les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants aux symptômes post-TCCL/CC (antécédents contributifs, troubles psychologiques associés [anxiété, dépression, stress aigu et post-traumatique, sommeil, etc.], capacités d'adaptation, gestion de la douleur, éléments de personnalité, distorsions cognitives, stressseurs, dynamique familiale, satisfaction au travail, etc.) et offrir des interventions précoces intégratives visant les facteurs identifiés;
4. **L'éducation, l'information et la rassurance** : effectuer des rappels sur l'information transmise lors de la consultation initiale, établir et maintenir une bonne communication avec l'utilisateur et ses proches tout au long de la prise en charge ainsi que fournir des informations utiles au sujet du TCCL/CC comme la symptomatologie, le parcours de rétablissement et les stratégies de prise en charge fondées sur les plus récentes données probantes;
5. **La coordination des soins** : gérer les rendez-vous avec les professionnels de l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC et, au besoin, assurer une communication avec les collaborateurs impliqués dans la reprise d'activités de l'utilisateur (école, employeur, entraîneur, responsables de l'activité physique, etc.) et diriger vers les services complémentaires (programmes-services et médecins spécialistes).

Au-delà de son engagement envers les usagers qui ont subi un TCCL/CC pour une prise en charge adaptée, l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC est responsable de faire la promotion de son offre de services auprès de ses partenaires du RSSS (cliniques médicales, urgences, etc.) afin d'optimiser la référence. Cette promotion est essentielle dans l'optique où l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC détient une expertise clinique qui doit être sollicitée en temps opportun pour maximiser le rétablissement de l'utilisateur et qui doit être maintenue par une exposition adéquate.

La composition de l'équipe

Pour accomplir les fonctions essentielles attendues d'une équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC, l'évaluation globale et la prise en charge multidisciplinaire sont préconisées afin de brosser un portrait complet de l'utilisateur et de gérer adéquatement ses symptômes physiques, cognitifs, psychologiques et affectifs qui demeurent présents à la suite de

la période de récupération normale. Ces symptômes ne sont pas spécifiques et peuvent se chevaucher, voire exacerber les symptômes du TCCL/CC [13, 14].

Bien que plusieurs disciplines cliniques pourraient répondre à ces exigences de prise en charge du TCCL/CC, l'évaluation globale ainsi que le traitement du déconditionnement physique, des problèmes cervicaux, des dysfonctions vestibulaires et des troubles cognitifs et de santé mentale, qui sont toutes des conditions prioritaires à prendre en charge précocement selon les lignes directrices [13, 14], pointent vers certains professionnels qui peuvent jouer un rôle clé. Ainsi, dans une optique d'optimiser le travail réalisé par l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC et d'assurer la complémentarité et l'entièreté des services requis, il est recommandé qu'elle soit minimalement constituée des professionnels suivants :

- Une infirmière clinicienne;
- Un physiothérapeute;
- Un neuropsychologue;
- Un médecin.

L'équipe doit pouvoir bénéficier d'un soutien administratif afin de dégager les professionnels des tâches cléricales pour accomplir les tâches cliniques qui leur sont propres. La situation de pénurie de main-d'œuvre qui prévaut actuellement dans le RSSS peut rendre difficile le recrutement de nouvelles ressources humaines. Dans ce contexte, d'autres titres d'emploi pourraient être mis à contribution :

- Pour l'appel initial à l'usager : une infirmière qui détient une formation en neurologie, un physiothérapeute ou un ergothérapeute formé;
- Pour le traitement physique : un technologue en physiothérapeute pour appliquer le plan d'intervention formulé par le physiothérapeute, un kinésologue pour effectuer une prescription générale d'exercices ou un ergothérapeute pour la gestion de l'horaire occupationnel, les adaptations aux activités de la vie domestique et aux activités de la vie quotidienne et l'évaluation fonctionnelle;
- Pour le traitement cognitif, fonctionnel et affectif : un psychologue qui possède l'expertise requise ou un travailleur social ou un ergothérapeute pour accomplir certaines activités.

La localisation de l'équipe

L'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC doit être localisée dans un centre hospitalier, dont la mission est d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés, qui détient une désignation en traumatologie. Puisque la plupart des établissements ont plus d'une installation désignée, l'équipe doit être située dans l'installation de plus haut niveau.

Ceci amène une intégration complète du programme TCCL/CC au programme de traumatologie et :

- Favorise la proximité avec l'expertise clinique et médicale en traumatologie;
- Permet aux équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC de tirer profit du partage et du transfert des connaissances dans l'interdisciplinarité qu'apporte le programme de traumatologie;
- Assure la disponibilité des ressources professionnelles et médicales, limitant les risques de découverte;

- Permet l'optimisation des ressources disponibles (diversité de professionnels permettant de mettre à profit les connaissances et l'expertise de chacun) tout en augmentant la cohésion entre les professionnels de l'équipe et entre les services offerts.

De plus, la localisation des équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC en centres hospitaliers désignés en traumatologie permet à la fois d'offrir une prise en charge aux usagers externes ainsi qu'aux usagers admis. Elle permet également de distinguer les services précoces destinés à prendre en charge les usagers présentant une évolution défavorable de leurs symptômes (0 à 3 mois) des programmes-services offrant une expertise complémentaire orientée spécifiquement vers les besoins de l'utilisateur présentant des symptômes persistants (plus de 3 mois).

Il est souhaité que chaque région administrative soit couverte par les services d'au moins une équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC. Le temps des professionnels offrant le programme TCCL/CC doit être protégé de sorte que la clientèle est toujours desservie. La disponibilité des professionnels de l'équipe doit cependant être proportionnelle à la volumétrie de diagnostics de TCCL/CC.

Considérant l'essor de la télésanté dans le RSSS, il est désormais possible de réaliser certaines activités d'évaluation et d'intervention, notamment en neuropsychologie, à distance. Dans ce contexte, les établissements couvrant des régions qui ont une volumétrie plus faible de diagnostics pourraient choisir de mettre en place une équipe à temps partiel ou d'offrir des services pour le TCCL/CC grâce à un partenariat avec une équipe d'une autre région. Dans le cas où cette dernière option est retenue, des corridors de service en proximité devraient être établis pour solliciter les services des professionnels pour lesquels les activités d'évaluation ou d'intervention nécessitent une visite en présentiel.

L'offre de services

Les travaux réalisés dans les dernières années ont permis de dégager une trajectoire optimale de services découpée en quatre grandes phases en fonction du type d'action à entreprendre, des services rendus et des intervenants concernés. Un schéma de cette trajectoire est présenté en Annexe 1

La prise en charge initiale : diagnostic et éducation de l'utilisateur et de ses proches

La phase initiale s'enclenche lorsque la personne qui a vécu un événement impliquant un impact à la tête ou une impulsion transmise à la tête consulte un professionnel de la santé.

Il est possible que la personne qui consulte le fasse pour des symptômes autres que ceux apparentés à un TCCL/CC. Il revient donc aux professionnels de la santé d'examiner les circonstances entourant l'événement dans le but de reconnaître la probabilité d'un TCCL/CC, indépendamment des raisons initiales de consultation.

Qui sont les intervenants ?

- Les médecins, principalement les médecins de famille, les urgentologues et les IPSPL;
- Les professionnels de la santé qualifiés.

Quelles sont les activités à réaliser ?

- Questionner la personne sur les circonstances de l'événement pour évaluer s'il y a eu impact

- à la tête ou impulsion transmise à la tête;
- Procéder à l'évaluation clinique de l'utilisateur;
- Documenter la nature des symptômes et le lien temporel avec le mécanisme traumatique;
- Diagnostiquer le TCCL/CC probable sans les critères objectifs;
- En présence d'un TCCL, évaluer le risque de complications neurologiques graves selon l'algorithme de l'INESSS, et le gérer le cas échéant;
- Transmettre l'information pertinente et adéquate pour la gestion des prochains jours, y compris la nécessité d'adopter les bons comportements et les notions pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives;
- Rassurer l'utilisateur et ses proches quant à l'évolution attendue et la nature du suivi et lui remettre le dépliant de l'INESSS contenant toute l'information nécessaire;
- Remplir avec l'utilisateur une échelle validée de symptômes;
- Expliquer le concept de reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives à l'aide de la fiche de suivi et la remettre à l'utilisateur;
- Émettre la ou les attestations requises concernant un arrêt de travail, un arrêt de participation scolaire ou un arrêt de participation aux activités sportives, le cas échéant;
- Indiquer à l'utilisateur de prévoir un suivi médical si la situation implique une attestation de retour au travail, à la participation scolaire ou à la participation sportive, le cas échéant;
- Remplir la demande de services en TCCL/CC;
- Remettre les coordonnées de l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC attitrée à l'utilisateur en fonction de sa localisation géographique;
- Transmettre la demande de services et la documentation clinique requise de l'utilisateur, concernant son TCCL/CC, à l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC attitrée à l'utilisateur en fonction de sa localisation géographique.

Quels sont les délais à respecter ?

Idéalement, une personne qui a subi un impact à la tête ou une impulsion transmise à la tête et qui présente des symptômes compatibles avec un TCCL/CC consulte dans les 48 heures qui suivent l'événement.

Considérant toutefois que l'étape de repérage ou de détection demeure un enjeu majeur d'orientation vers un professionnel de la santé et sachant que certains individus chercheront à recevoir des soins ou un diagnostic approprié qu'après un certain laps de temps si leurs symptômes ne se résorbent pas, il est probable que la phase initiale s'enclenche après cette période de 48 heures. L'important est donc de réaliser les activités de la phase initiale, indépendamment du laps de temps écoulé depuis l'événement, car le diagnostic constitue la première d'une série d'étapes dans le déroulement d'une prise en charge appropriée.

La surveillance : usager partenaire de ses soins

La phase de surveillance correspond à la période suivant l'incident traumatique. Elle s'enclenche à la suite de la phase initiale, lorsque la personne qui a subi un TCCL/CC retourne dans son milieu de vie afin d'observer elle-même l'évolution de ses symptômes, et dure environ 14 jours. Alors que cette phase est principalement sous la responsabilité de l'utilisateur, et de son entourage le cas

échéant, il est souhaité que l'utilisateur développe sa capacité à choisir et à décider par lui-même de façon à accroître son pouvoir d'agir et son autonomie.

Qui sont les intervenants ?

- L'utilisateur et ses proches;
- L'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC.

Quelles sont les activités à réaliser ?

Usager

- Autoévaluer l'évolution de ses symptômes sur la base des recommandations reçues lors de la consultation initiale :
 - En se référant au dépliant de l'INESSS;
 - En remplissant à différents moments une échelle de symptômes;
- Appliquer adéquatement la reprise graduelle de ses activités intellectuelles, physiques et sportives :
 - En se référant au dépliant de l'INESSS;
 - En remplissant sa fiche de suivi;
- Aviser l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation TCCL/CC de sa région d'appartenance en cas d'évolution non favorable.

Équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC

- Recevoir la demande de services et la traiter;
- Établir un contact avec l'utilisateur 7 jours après sa consultation clinique, idéalement sans dépasser 14 jours;
- Procéder à la collecte des données en questionnant l'utilisateur sur ses symptômes et la reprise de ses activités;
- Orienter l'utilisateur selon l'évolution de ses symptômes :
 - En présence d'une évolution lente, entamer l'intervention précoce pour la prise en charge de l'utilisateur;
 - En présence d'une évolution **favorable**, vérifier la nécessité d'une autorisation de retour ou de reprise selon le milieu et mettre fin au suivi :
 - Au travail ou à une activité à risque de contact, de collision ou de chute : orienter l'utilisateur vers la première ligne ou le guichet d'accès à la première ligne (GAP) de sa région d'appartenance;
 - À la participation scolaire : émettre l'autorisation.

Quelle est la durée de la phase ?

Il est souhaité que la phase de surveillance soit d'une durée maximale de 14 jours, puisque la littérature soutient que des interventions précoces et brèves peuvent avoir des effets bénéfiques sur la résorption des symptômes de TCCL/CC. Dans les faits, il est prévu que le contact entre l'utilisateur et l'équipe précoce d'intervention et de réadaptation TCCL/CC mette fin à la phase de surveillance et, le cas échéant, amorce la prise en charge par les services précoces.

La plateforme de soins virtuels (PSV) est une application provinciale dont l'objectif est la gestion du cycle complet des trajectoires de soins virtuels. Elle permet la gestion des consultations virtuelles et des échanges interprofessionnels, avec ou sans la présence de l'utilisateur. Ces consultations et échanges peuvent avoir lieu en temps réel (par le biais d'appels vidéo) ou en temps différé (par le partage de documentation clinique). Elle permet également l'échange d'information avec l'utilisateur pour parfaire ses connaissances et maximiser le potentiel d'autogestion.

Des travaux sont en cours pour introduire la PSV dans l'organisation de services proposée pour la prise en charge du TCCL/CC. Il est réfléchi que la demande de service transite par la PSV, que la phase de surveillance y soit complètement intégrée et qu'elle accompagne les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC dans le suivi des usagers à la suite d'un TCCL/CC.

Les services précoces TCCL/CC : prise en charge interdisciplinaire

Les services précoces sont comparables à ce qui est actuellement offert par la plupart des équipes spécialisées en TCCL/CC. Ils s'amorcent généralement après la période de récupération normale dans un contexte d'évolution lente. Ils peuvent toutefois être offerts plus tôt lors de la phase de surveillance s'il est évident que l'utilisateur ne présente pas l'évolution attendue. L'objectif principal est de favoriser une prise en charge interdisciplinaire rapide de l'utilisateur qui présente une évolution défavorable de son TCCL/CC afin d'éviter la persistance de symptômes.

Qui sont les intervenants ?

- L'équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC.

Quelles sont les activités à réaliser ?

Il est attendu que les activités suivantes soient réalisées autant pour les usagers externes que pour les usagers admis :

- Évaluer l'utilisateur pour dresser son tableau clinique en se référant, le cas échéant, aux questionnaires d'évaluation des symptômes remplis par l'utilisateur pendant la phase de surveillance;
- Déterminer les étapes franchies par l'utilisateur dans la reprise graduelle de ses activités;
- Confirmer, le cas échéant, le diagnostic;
- Émettre, le cas échéant, les prescriptions de traitement;
- Évaluer les risques de complications fonctionnelles et les problématiques pouvant contribuer aux symptômes persistants;
- Offrir les traitements physiques, cognitifs, fonctionnels et affectifs comme décrit dans les sections précédentes;
- Transmettre à l'utilisateur l'information pertinente et adéquate pour la gestion de ses symptômes, y compris le concept de reprise graduelle des activités à l'aide de la fiche de suivi;
- Renforcer la nécessité d'adopter les bons comportements;
- Émettre, le cas échéant, l'autorisation de participation scolaire, ou de retour ou de reprise au travail ou à une activité à risque de contact, de collision ou de chute;

- Reconnaître les symptômes persistants pour orienter adéquatement l'utilisateur pendant les services précoces ou au terme de ceux-ci.

Quelle est la durée de la phase ?

La prise en charge par les services précoces a une durée maximale de 90 jours. Les intervenants des services précoces peuvent solliciter ou collaborer avec des services complémentaires selon l'évolution du tableau clinique de l'utilisateur, faisant en sorte qu'il peut y avoir un chevauchement des services précoces et des services complémentaires.

Les services complémentaires : services liés aux symptômes persistants de l'utilisateur

Dans une perspective de fluidité lors de la transition entre les différentes phases, le partenariat entre les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC et les équipes de ces programmes-services est essentiel.

À cet effet, il est primordial pour les établissements de créer des trajectoires de services avec l'implication des directions concernées tout en respectant les balises (types d'utilisateurs, critères d'accessibilité et mécanismes de référence) des différents cadres de référence de ces programmes-services, accessibles sur le site Web du MSSS :

- Les ressources du programme Déficience physique;
- Les ressources du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide;
- Les ressources du programme Santé mentale.

En plus de l'implication continue du médecin de famille, de l'IPSPL ou d'un professionnel de la santé qualifié et, lorsque requis, des médecins spécialistes des centres de répartition des demandes de service, les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC peuvent avoir recours à ces services complémentaires selon les besoins de l'utilisateur, que ce soit pour une collaboration pendant le suivi de l'utilisateur ou pour un transfert complet de sa prise en charge à la fin des services précoces.

Suivi du fonctionnement et de la performance du programme

Par le biais du programme, le MSSS vise à assurer l'équité d'accès et une offre de services harmonisée, s'appuyant sur des données probantes, sur l'ensemble du territoire. Pour atteindre ces objectifs, les établissements doivent mettre en place un processus permettant d'assurer l'accès aux données, le suivi du fonctionnement du programme et de sa performance.

Les établissements devront fournir un plan de déploiement conforme à l'organisation de services présentée dans le présent document, incluant notamment des informations sur la disponibilité et la formation des ressources humaines ainsi que sur la promotion de l'offre de services au sein de la ou des régions administratives concernées. Le plan de déploiement vise à documenter les étapes d'actualisation de l'organisation de services auprès du MSSS dans le but d'aborder le plus rapidement possible les enjeux rencontrés et de partager les expériences positives. De plus, une reddition de comptes visant à recueillir, sous forme d'indicateurs, des renseignements relatifs à la volumétrie, à l'attente et à la situation des ressources humaines dans les équipes (tableau 2) est attendue deux fois par année (périodes financières 6 et 13). Ces indicateurs permettront de broser un portrait complet de l'offre de services au Québec.

Tableau 2. Indicateurs en lien avec le programme TCCL/CC

| Effets attendus | Indicateur |
|---|--|
| Prise en charge initiale | |
| Meilleure identification et évaluation des personnes ayant subi un TCCL/CC | Nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC |
| | Moyenne du délai entre l'incident traumatique et la consultation initiale |
| Systématisation de la référence aux équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC | Proportion de demandes de service reçues par l'équipe précoce TCCL/CC par rapport au nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic de TCCL/CC |
| | Nombre de demandes de service reçues par provenance |
| Phase de surveillance | |
| Optimisation des services rendus pendant la phase de surveillance pour les usagers ayant subi un TCCL/CC | Nombre de premiers contacts réalisés par l'équipe précoce TCCL/CC |
| | Proportion de premiers contacts réalisés par l'équipe précoce TCCL/CC orientés vers les services précoces |
| | Moyenne du délai de premier contact réalisé par l'équipe précoce TCCL/CC avec l'utilisateur |
| | Nombre de dossiers fermés en raison d'une incapacité à joindre les usagers |
| Services précoces | |
| Prise en charge interdisciplinaire des usagers qui présentent une évolution défavorable de leur TCCL/CC et optimisation des services rendus | Nombre d'heures de prestation de services entre 0 et 3 mois par type de professionnels de l'équipe précoce TCCL/CC |
| | Nombre d'heures de prestation de services après 3 mois par type de professionnels de l'équipe précoce TCCL/CC |
| | Nombre d'utilisateurs dont le dossier est fermé après 3 mois sans référence à un service complémentaire |
| | Nombre d'utilisateurs ayant subi un TCCL/CC dirigés vers un type de services complémentaires |

Responsabilités relatives à la réalisation du programme

La réalisation du programme doit être soutenue par différents paliers pour en assurer le bon fonctionnement. Ces responsabilités sont partagées par le MSSS (la direction qui chapeaute le programme) et les établissements.

Les responsabilités ministérielles

Dans le cadre du programme de prise en charge du TCCL/CC, le rôle du MSSS est de guider l'organisation des services et les priorités qui en découlent. Le programme étant strictement offert par les centres désignés en traumatologie, le MSSS est responsable de la désignation des centres et de leur évaluation au regard de leur conformité aux exigences.

Le déploiement et l'application du programme sont suivis en continu avec des indicateurs quantitatifs définis dans la section précédente. Le MSSS assure ainsi une vigie des différentes phases de la trajectoire de soins et des services qui sont offerts dans le RSSS en matière de prise en charge du TCCL/CC. Le programme sera soumis à une évaluation de la mise en œuvre sous la responsabilité de la Direction de l'évaluation, permettant une compréhension approfondie des enjeux rencontrés, des bonnes pratiques de gestion mises en place et de la satisfaction des usagers, des professionnels de la santé et des médecins concernés par les soins et services offerts. Cette évaluation sera réalisée au moment opportun en fonction de l'évolution du déploiement et aura pour objectif de guider les modifications à apporter au programme, le cas échéant.

Les installations qui offrent le programme peuvent solliciter le soutien financier du MSSS pour développer, consolider les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC et en assurer la pérennité. Pour ce faire, elles doivent d'abord optimiser l'utilisation des ressources en traumatologie à travers leur mutualisation. Si nécessaire, elles peuvent présenter à la direction générale responsable du dossier au MSSS une demande budgétaire détaillant les titres d'emploi visés, le temps dédié au programme par titre d'emploi et les responsabilités/activités qui incombent aux professionnels à recruter.

Les responsabilités des établissements

L'établissement doit, au nom de son centre qui chapeaute une équipe précoce d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC, démontrer son engagement dans la mission d'accessibilité, de continuité, d'efficacité et de qualité des soins et services offerts aux usagers qui ont subi un TCCL/CC. Ainsi, l'établissement doit s'assurer de la disponibilité des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles dans le centre qui offre le programme de prise en charge du TCCL/CC. Il doit également fournir les renseignements nécessaires pour le suivi en continu du programme et participer à l'évaluation de la mise en œuvre.

Références

1. Menon, D.K., et autres. « Position statement: Definition of traumatic brain injury », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 91, n° 11, 2010, p.1637-1640.
2. Cassidy, J.D., et autres. « Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: Results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury », *Journal of Rehabilitation Medicine*, n° 43, 2004, p.28-60.
3. Institut national de santé publique du Québec. *Portrait des traumatismes craniocérébraux légers au Québec de 2004 à 2019*, INSPQ, 2022.
4. Levin, H.S. et R.R. Diaz-Arrastia. « Diagnosis, prognosis, and clinical management of mild traumatic brain injury », *Lancet Neurology*, vol. 14, n° 5, 2015, p.506-517.
5. Broglio, S.P., et autres. « National Athletic Trainers' Association position statement: Management of sport concussion », *Journal of Athletic Training*, vol. 49, n° 2, 2014, p.245-265.
6. Harmon, K.G., et autres. « American Medical Society for Sports Medicine position statement: Concussion in sport », *British Journal of Sports Medicine*, vol. 47, n° 1, 2013, p.15-26.
7. Zemek, R., et autres. « Clinical Risk Score for Persistent Postconcussion Symptoms Among Children With Acute Concussion in the ED », *Jama*, vol. 315, n° 10, 2016, p.1014-1025.
8. Hiploylee, C., et autres. « Longitudinal Study of Postconcussion Syndrome: Not Everyone Recovers », *Journal of Neurotrauma*, vol. 34, n° 8, 2017, p.1511-1523.
9. Carroll, L.J., et autres. « Systematic review of the prognosis after mild traumatic brain injury in adults: Cognitive, psychiatric, and mortality outcomes: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 95, n° 3, 2014, p.S152-S173.
10. Cassidy, J.D., et autres. « Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic brain injury: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 95, n° 3, 2014, p.S132-S151.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger (TCCL)*, Québec, 2005, p.130.
12. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Traumatisme craniocérébral léger*, Québec, 2018, p.115.
13. Parachute. *Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport*, Toronto, 2017, p.50.
14. Fondation ontarienne de neurotraumatologie. *Lignes directrices sur les commotions cérébrales/traumatismes craniocérébraux légers et les symptômes persistants*, 2017.

ANNEXE 1 - Trajectoire de prise en charge du traumatisme crâniocérébral léger et de la commotion cérébrale au Québec



