



UNIS
dans TOUS les
SENS

PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE 2012-2017



Ce plan directeur régional en traumatologie 2012-2017
a été élaboré par la Direction des services de santé
et des affaires médicales
de l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination des travaux

Lorraine Croteau, chef de service
Services préhospitaliers d'urgence et traumatologie

Rédaction

Jean-François Lupien, agent de planification et de programmation
Suzanne Bouillé, conseillère en traumatologie

Collaboration

Des remerciements doivent être adressés à tous les membres
du comité régional de traumatologie
qui ont contribué à la réalisation du plan directeur

Correction et mise en page

Céline Cossette
Josée Alarie

Dépôt légal - 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-89340-277-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-278-9 (version PDF)

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but
d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

**PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE
2012-2017**

**Adopté par le conseil d'administration
Le 21 février 2013**

RÉSOLUTION CAA-2013-05

Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017

CONSIDÉRANT la demande faite aux agences par le groupe-conseil en traumatologie à l'effet de mettre à jour les plans directeurs régionaux en traumatologie pour la période 2012-2017;

CONSIDÉRANT le rôle important du comité régional de traumatologie dans l'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017 et, subséquemment, dans son implantation et son suivi;

CONSIDÉRANT les enjeux auxquels s'adresse le Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017, qui cible entre autres les victimes de blessures orthopédiques graves;

CONSIDÉRANT l'accueil favorable donné au Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017 par le comité régional de traumatologie ainsi que par le comité de pilotage stratégique de l'Agence;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;

SUR PROPOSITION DÛMENT APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

1. d'adopter le Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017;
2. de transmettre le plan au groupe-conseil en traumatologie et d'assurer sa diffusion auprès des établissements et organismes concernés de la région.

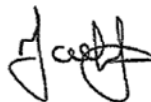
ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Copie certifiée conforme

SCEAU OFFICIEL AGENCE

Fait à Trois-Rivières
Le 21 février, 2013

Le secrétaire du conseil d'administration,



Gaétan Lamy
Président-directeur général intérimaire

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
PRÉAMBULE.....	11
INTRODUCTION	13
HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE RÉGIONALE.....	15
PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION	19
LA RÉGION.....	19
LA POPULATION.....	19
INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES.....	21
REGISTRE DES TRAUMATISMES.....	21
TRAUMATISMES DE LA ROUTE.....	24
PORT DU CASQUE DE SÉCURITÉ CHEZ LES CYCLISTES	25
MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE	27
COMITÉ PROVINCIAL DE TRAUMATOLOGIE.....	27
COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE	27
COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE	28
CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE.....	29
SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION	33
SÉCURITÉ ROUTIÈRE.....	34
SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES ET D'ADAPTATIONS MINEURES DU DOMICILE.....	35
PROGRAMME DEBOUT!	38
PRÉVENTION DE LA SÉCURITÉ LORS D'ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES ET DE LOISIRS	38
SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ.....	39
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	41
PREMIERS INTERVENANTS.....	41
CENTRES PRIMAIRES 911	42
CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ	42
PREMIERS RÉPONDANTS.....	43
SERVICES AMBULANCIERS	44
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)	47
CORRIDORS DE SERVICES.....	47
TRANSPORT AMBULANCIER DES VICTIMES DE TRAUMATISME.....	48
REGISTRE DES TRAUMATISMES.....	48
SUPPORT TECHNOLOGIQUE	49
REPÉRAGE DE LA CLIENTÈLE TRAUMATISÉE.....	49
CLIENTÈLE TCC ET MESURE DE GLASGOW À L'URGENCE.....	49
NUCLÉAIRE ET AUTRES CONTAMINANTS.....	50
SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS.....	51

SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE	53
SERVICES DE RÉADAPTATION DE PREMIÈRE LIGNE	53
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	54
SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX	54
PROGRAMMES D'ADAPTATION DU DOMICILE	54
SERVICES D'HÉBERGEMENT	55
LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	56
FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	59
AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	60
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	60
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	60
SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS ET CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	62
PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE 2012-2017 MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	63
ANNEXE 1 COMPOSITION DU COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE	77
ANNEXE 2 COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE	79
CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE	79
CSSS TROIS-RIVIÈRES (CHAUR)	80
CSSS DRUMMOND	81
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	82
BIBLIOGRAPHIE	83

Liste des abréviations

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AEC	Attestation d'études collégiales
AEO	Accueil évaluation orientation
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AIS	Abreviated Injury Scale
ATCC	Association des traumatisés craniocérébraux
BM	Blessure médullaire
BOG	Blessure orthopédique grave
CAUCA	Centre d'appel Urgence Chaudière-Appalaches
CBRN	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire
CCS	Centre de communication santé
CECII	Comité exécutif Conseil des infirmiers et infirmières
CHAUQ	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLR	Communication Le Rocher
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRI	Centre de réadaptation InterVal
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSTR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
CST	Continuum de services en traumatologie
DEC	Diplôme d'études collégiales
ECST	Équipe de l'évaluation du continuum de services en traumatologie
EMP	Electromagnetic pulse
FECST	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
FINESSS	Fond de financement des établissements de santé et de services sociaux
FLAM	Force Liberté Amour Mouvement d'accueil
GCS	Glasgow
GPS	Global positioning system
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IPT	Indice préhospitalier traumatique

IRD PQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
NAEMD	National Academy of Emergency Medical Dispatch
NEGS	Naître égaux et Grandir en santé
PARSP	Plan d'action régional en santé publique
P.C.P.	Pratiques cliniques préventives
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNSP	Programme national de santé publique
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAO	Répartition assistée par ordinateur
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RMU	Répartiteur médical d'urgence
RNI	Ressources non institutionnelles
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RPA	Résidence de personnes âgées
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
S.A.D.	Soutien à domicile
S.A.G.	Service ambulatoire gériatrique
SBS	Syndrome du bébé secoué
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité
SIRTQ	Système d'information du Registre des traumatismes du Québec
SIT	Système informatisé en traumatologie
SQ	Sûreté du Québec
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme craniocérébral
TNO	Territoire non-organisé
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
USI	Unité de soins intensifs
VARMU	Victime d'amputation et de réimplantation microchirurgicale d'urgence
VBG	Victime de brûlure grave

Préambule

Depuis 1996, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est toujours fondée sur une approche de partenariat avec l'ensemble des intervenants de la communauté, notamment dans les services spécialisés et surspécialisés afin d'assurer aux personnes qui en ont besoin, peu importe d'où elles viennent dans la région, un réseau d'accès rapide à des services spécialisés. C'est cette approche régionale qui a permis l'organisation des transferts en traumatologie à l'intérieur de la région et, avec des ententes extrarégionales, à l'extérieur lorsque les services spécialisés ne sont pas disponibles.

Dans la région, les établissements de chacun des CSSS du territoire, particulièrement ceux avec un mandat hospitalier, respectent les exigences du réseau de traumatologie. Le comité régional de traumatologie sert d'arrimage entre les différents partenaires et crée un sentiment d'appartenance à une communauté de pratiques axée sur les besoins des personnes victimes de traumatismes graves. Depuis 2004, avec la mise en place de la fonction évaluative du continuum de services en traumatologie, une culture d'évaluation et de mesure de la performance a émergé. Ce changement de cap a permis de constater que la concertation des quatre centres désignés en traumatologie de la région donne des résultats concrets et que les transferts interrégionaux se font avec une grande fluidité. Cela se traduit par une grande rétention de la clientèle dans la région.

Le présent document vise à démontrer les efforts faits depuis maintenant plusieurs années en traumatologie pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il amène aussi de façon concrète les défis à rencontrer afin de s'adapter à un contexte en constante évolution.

Introduction

Le but du Programme québécois de traumatologie est de permettre la mise en place de services efficaces et efficients qui s'étend de la prévention des blessures d'origine traumatique jusqu'aux services de maintien dans la communauté à l'intention des personnes victimes de traumatismes graves.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est dotée d'un premier plan directeur régional en traumatologie couvrant la période 2006-2009. Celui-ci s'inscrivait dans le cadre de la réorganisation majeure du réseau québécois de la santé et des services sociaux amorcée en 2004. Dans ce contexte, prenait place le réseau régional de traumatologie. La mise à jour de ce document s'est actualisée avec la rédaction du second Plan directeur régional 2009-2012.

Le présent document constitue une fois de plus le plan maître de l'organisation de services en traumatologie. Conséquemment, il permet la mobilisation des diverses parties impliquées et devient un outil efficace afin de regrouper les actions nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services aux personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être.

Le Plan directeur régional est actualisé avec la collaboration du comité régional de traumatologie. Concrètement, des représentants de chacun des maillons du continuum participent activement aux rencontres du comité régional de traumatologie. Une tournée consultative au printemps 2012 auprès des principaux acteurs du réseau régional de traumatologie a permis de faire ressortir les différents enjeux, tant au niveau local que régional. Ce plan est fidèle aux diverses préoccupations exprimées lors de ces rencontres et c'est pourquoi il apparaît comme un outil dynamique, évolutif et adaptable à des conditions et des besoins nouveaux. Il représente la réalité actuelle du réseau de traumatologie de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et prévoit des objectifs à atteindre d'ici le 31 mars 2017. Il répond donc à la demande du Groupe conseil en traumatologie qui souhaite une mise à jour du Plan directeur régional. Ce nouveau Plan directeur régional en traumatologie est d'une durée de cinq ans et permettra de se projeter dans l'avenir dans le but de « Voir plus loin » et de « Saisir les opportunités ».

Les principaux enjeux régionaux pour les cinq prochaines années sont les suivants :

- définir une architecture de prise en charge des personnes victimes de blessures orthopédiques graves;
- compléter les corridors de services avec le Centre d'expertise pour la réimplantation microchirurgicale d'urgence;
- compléter l'entente de transfert en traumatologie pour les victimes de blessure médullaire entre le CSSSTR-CHAUR et l'Hôpital-du-Sacré-Cœur de Montréal ainsi que le protocole de retour de la clientèle en région;
- maintenir l'architecture de service régionale pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger et de prioriser la prévention/promotion en milieu scolaire et sportif.

Historique de la traumatologie régionale

En 1991, le MSSS désignait le Groupe conseil en traumatologie grâce à une collaboration étroite avec la SAAQ. Depuis 1992, le Groupe conseil en traumatologie évalue, en vue de leur désignation, les établissements hospitaliers de courte durée devant être inclus au Continuum québécois des services en traumatologie.

Les établissements de courte durée de la région ont été visités une première fois en 1992-1993. Lors de cette visite, les désignations suivantes ont été faites :

- le CLSC de Fortierville¹ a été désigné centre de stabilisation médicale;
- l'Hôpital Saint-Joseph de la Tuque² a été désigné centre primaire;
- le Centre régional de la Mauricie³ a été désigné centre primaire;
- l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville⁴ a été désigné centre primaire;
- l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska⁵ a été désigné centre secondaire;
- le Centre hospitalier Sainte-Marie⁶ a été désigné centre secondaire.

En mai 1998, le Groupe conseil en traumatologie a retenu les désignations suivantes :

- maintien conditionnel du Centre de santé les Blés d'Or comme centre de stabilisation médicale;
- maintien de la désignation du Centre hospitalier de La Tuque comme centre primaire;
- retrait de la désignation du Centre hospitalier du Centre de la Mauricie comme centre primaire;
- maintien de la désignation du Centre hospitalier Sainte-Croix de Drummondville comme centre primaire. En novembre 1998, cet établissement a été rehaussé au niveau de centre secondaire;
- maintien conditionnel de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska comme centre secondaire;
- maintien temporaire conditionnel de la désignation du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières comme centre secondaire régional. Suite à une deuxième visite, le CSSSTR-CHAUR a été désigné officiellement comme centre secondaire régional.

En novembre 2003, le Groupe conseil a effectué une nouvelle visite des établissements de courte durée avec les conclusions suivantes :

- retrait de la désignation du Centre de santé Les Blés d'Or comme centre de stabilisation médicale;
- report du maintien du CSSS du Haut-Saint-Maurice comme centre primaire jusqu'à la complétion des exigences matricielles;
- maintien inconditionnel du CSSS Drummond comme centre secondaire;
- maintien conditionnel du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable comme centre secondaire;
- maintien du CSSSTR-CHAUR comme centre secondaire régional.

¹ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska

² Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice

³ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

⁴ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux Drummond

⁵ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

⁶ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

Au printemps 2004, le Groupe conseil en traumatologie est mandaté par le MSSS pour élaborer l'architecture et l'ingénierie des fonctions évaluatives pour l'ensemble du continuum de services en traumatologie et d'implanter pour la totalité de ses composantes un programme d'amélioration continue de la qualité⁷. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été désignée, au cours de l'année 2005-2006, comme site pilote pour le site WEB des fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie. L'actualisation du Recueil de procédures et de la section Organisation interne servira à l'évaluation du Groupe conseil en traumatologie en vue du renouvellement des désignations en traumatologie.

Entre-temps, le MSSS a désigné en 1997 deux centres d'expertise pour la clientèle ayant subi une blessure médullaire, un à l'est (personnes victimes d'une amputation nécessitant une réimplantation microchirurgical d'urgence) et un à l'ouest (HSCM-IRM⁸-CRLB). Dans ce contexte le CSSS de Trois-Rivières, le CSSS Drummond et le CSSS du Haut-Saint-Maurice transfert leurs usagers vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal alors que le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable transfert leurs usagers vers le CHA Enfant-Jésus⁹. Le CR InterVal a été reconnu comme établissement offrant des services de RFI à l'externe et de RAIS pour cette clientèle.

De plus, en décembre 1999, le Groupe conseil en traumatologie a désigné les établissements (CSSSTR-CHAUR – CR InterVal en collaboration avec l'ATCC) responsables d'offrir des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave. En décembre 2002 et en décembre 2006, ce même Groupe conseil en traumatologie a, cette fois, désigné le Consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CSSSTR-CHAUR-CR InterVal-ATCC) comme consortium offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave.

En 2006 et 2008, le Groupe conseil en traumatologie a désigné le Consortium interrégional de l'Ouest du Québec comme consortium offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave. Le Centre de réadaptation InterVal fait partie de ce consortium de concert avec les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, Laurentides, Laval, Montérégie et Montréal.

En 2008, les quatre établissements de la région avec mandat de traumatologie ont signé les ententes de transfert en traumatologie avec le Centre d'expertise de l'Est du Québec pour la clientèle victime de brûlures graves. Au cours de l'année 2011, l'entente de retour dans la région des victimes de brûlures graves a été finalisée.

En 2011, le Centre d'expertise pour les victimes d'amputation et de réimplantation micro chirurgicale d'urgence (Hôpital Notre-Dame) a fait l'objet d'une nouvelle désignation. Dans la foulée de cette désignation, notre région s'est portée volontaire pour cheminer avec le centre d'expertise dans l'élaboration des protocoles de transfert vers le centre d'expertise et le retour des victimes dans la région. Des travaux devraient être menés avec le centre d'expertise au cours de l'année 2012-2013.

Depuis le 1^{er} avril 2011, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières a été créé par l'alliance entre le CSSS de Trois-Rivières et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CSSSTR-CHAUR), et depuis septembre 2011, le Centre hospitalier régional a été désigné Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR).

⁷ www.fecst.gouv.qc.ca

⁸ Aujourd'hui nommé Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

⁹ Aujourd'hui nommé CHU de Québec

Lors des visites du Groupe conseil en traumatologie, différentes recommandations ont été faites aux établissements rencontrés. La plupart de ces recommandations ont été actualisées et celles qui restent à finaliser font l'objet d'objectifs dans le Plan directeur.

Portrait de la région et de sa population

La région

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'étend sur un vaste territoire de 45 000 km². La population se concentre surtout au centre et au sud de la région, la partie nord étant très peu habitée. Le tiers de la population habite en milieu rural alors que près de la moitié de la population urbaine habite dans la région de Trois-Rivières.

La population

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est la cinquième région la plus peuplée du Québec avec 499 674¹⁰ personnes en 2012. La population du Centre-du-Québec est estimée à 234 515 personnes, soit 47 % de la population, et celle de la Mauricie est estimée à 264 761 personnes, soit 53 % de la population.

D'autre part, 1 % de la population est autochtone (5 065 personnes). Bien que deux des quatre réserves autochtones se situent au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de la population de ce district sociosanitaire.¹¹

La croissance démographique de la région est limitée. La population s'est accrue de 3 % depuis les dix dernières années alors que la population du Québec s'est accrue de 8 %. On note aussi un vieillissement accéléré de la population. En 2012, les personnes de 65 ans et plus représentent 19 % de la population comparativement à 16 % pour le Québec. Au cours des vingt prochaines années, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera presque du double dans la région passant de 83 255 à 141 098. Les 65 ans et plus représenteront en 2026 près de 30 % de la population.¹²

Le taux de chômage en mai 2012 était de 9,7 % en Mauricie et de 9,7 % au Centre-du-Québec, comparativement à 7,9 % pour le Québec. Le taux de chômage en Mauricie s'est légèrement amélioré depuis 2009 alors que celui du Centre-du-Québec s'est détérioré. Il était cependant de 11 % dans la région en 2001. En 2010, le revenu disponible par habitant était de 23 875 \$ en Mauricie et de 23 948 \$ au Centre-du-Québec, comparativement à 26 642 \$ pour le Québec. Les revenus disponibles par habitant se sont accrus depuis 2006, autant en Mauricie et au Centre-du-Québec qu'au niveau provincial.

¹⁰ Institut de la statistique du Québec, données mises à jour en mars 2012

¹¹ Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Rapport annuel de gestion 2011-2012

¹² Plan d'action régional en Santé Publique 2009-2012

Information régionale sur les traumatismes

Registre des traumatismes

Les données de l'année 2010-2011 du Système d'information du Registre des traumatismes (SIRTQ) pour les établissements ayant un statut de traumatologie primaire, secondaire et secondaire régional de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec permettent d'obtenir des informations sur les traumatismes de la région et de les comparer avec l'ensemble du Québec. Les données comparées sont celles de 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011. Cependant, les données des années antérieures étaient tirées du Registre des traumatismes du Québec (RTQ).

Inscriptions au registre

Le nombre de cas inscrits au Registre des traumatismes pour la Mauricie et le Centre-du-Québec est de 2 557 pour l'année 2010-2011, comparativement à 1 690 pour 2009-2010 en hausse de 33 %. Pour qu'un usager ait un registre des traumatismes complété, il doit répondre à l'un des quatre critères suivants : décès, admission de trois jours et plus (un jour et plus en 2010-2011), admission aux soins intensifs ou cas transféré d'un autre centre et qui est admis. Les données de 2010-2011 sont difficilement comparables puisque la nouvelle base de données compile plus d'événements traumatiques que les années antérieures (un jour d'admission VS trois jours).

NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE DES TRAUMATISMES				
SECTEUR	2007-2008	2008-2008	2009-2010	2010-2011
CSSS Haut-Saint-Maurice	42	45	31	61
CSSS Drummond	347	353	337	740
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	349	388	377	585
CSSSTR-CHR	954	990	945	1 171
Ensemble de la région	1 692	1 776	1 690	2 557
Total du Québec	18 729	19 138	18 244	25 605

Hommes/femmes

En 2010-2011*, la proportion d'hommes inscrits au Registre des traumatismes est plus élevée dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au Québec, pour l'année 2010-2011, la proportion d'hommes est aussi plus élevée.

HOMMES/FEMMES		
SECTEUR	% HOMME	% FEMME
CSSS Haut-Saint-Maurice	57,7	42,7
CSSS Drummond	52,0	46,5
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	52,5	45,6
CSSSTR-CHR	52,1	47,1
Ensemble de la région	52,2	46,5
Total du Québec	50,5	49,4

*Source Système d'information du Registre des traumatismes du Québec

L'âge des victimes

En 2010-2011, l'âge moyen des victimes est de 57 ans. L'analyse permet de constater que la plupart des établissements de la région ont des moyennes d'âge plus élevées que la province qui se situe à 56 ans.

ÂGE MOYEN DES VICTIMES DE TRAUMATISMES	
SECTEUR	ÂGE MOYEN
CSSS Haut-Saint-Maurice	61,48
CSSS Drummond	52,74
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	58,95
CSSSTR-CHR	59,01
Ensemble de la région	57,24
Total du Québec	56,6

*Source Système d'information du Registre des traumatismes du Québec

Durée de séjour

La durée moyenne de séjour à l'urgence est variable selon les établissements. En 2010-2011, on note que la durée moyenne de séjour à l'urgence est semblable à celle de 2009-2010.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR À L'URGENCE				
SECTEUR	DURÉE MOYENNE		ÉCART	
	2009-2010	2010-2011	Nombre	Écart (%)
CSSS Haut-Saint-Maurice	10,6	10,1	-0,50	-0,04
CSSS Drummond	12,6	12,8	0,20	0,01
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	8,0	9,0	1,00	0,11
CSSSTR-CHR	21,2	20,5	-0,70	-0,03
Ensemble de la région	14,3	14,5	0,02	0,01
MOYENNE PROVINCIALE	17,6	17,6	-	-

Les durées moyennes de séjour admises ont diminué pour tous les établissements de la région. De plus, on note une amélioration constante depuis 2007-2008, soit de l'ordre de 22 %.

DURÉE DE SÉJOUR ADMISSION (JOURS)				
SECTEUR	DURÉE MOYENNE		ÉCART	
	2009-2010	2010-2011	Nombre	Écart (%)
CSSS Haut-Saint-Maurice	15,6	13,89	-1,71	-10,96
CSSS Drummond	19,9	10,14	-9,76	-49,04
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	14,7	11,22	-3,48	-23,67
CSSSTR-CHR	11,1	10,51	-0,59	-5,31
Ensemble de la région	13,7	10,64	-3,06	-22,33
MOYENNE PROVINCIALE	13	10,6	-2,4	-18,5

Les décès

Pour fins de comparaison, nous ne reproduisons ici que les trois dernières années. Ce tableau présente les données selon trois catégories :

- ❖ à l'arrivée à l'urgence : le décès s'est produit avant l'arrivée à l'urgence;
- ❖ après l'arrivée à l'urgence : le décès s'est produit après l'arrivée à l'urgence;
- ❖ après l'admission : le décès s'est produit après l'admission dans l'établissement.

SECTEUR	NOMBRE DE DÉCÈS								
	À l'arrivée à l'urgence			Après l'arrivée à l'urgence			Après l'admission		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011
CSSS Haut-Saint-Maurice	2	4	4	2	2	0	3	3	2
CSSS Drummond	20	13	12	9	0	2	17	20	29
CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable	16	22	28	0	1	1	26	19	23
CSSSTR-CHR	16	25	17	5	1	2	42	39	60
Ensemble de la région	54	64	61	16	4	5	88	81	114
Total du Québec	441	526	521	112	124	185	704	872	1 020

* Les données provinciales 2008-2009 ne sont pas complètes en date du 13 octobre 2010 (97 % de conformité)

Dans la région Mauricie/Centre-du-Québec, on note une diminution de 5 % des **décès à l'arrivée à l'urgence** en 2010-2011.

Les **décès après l'arrivée à l'urgence** sont demeurés pratiquement stables régionalement en 2010-2011.

Finalement, on note une importante augmentation régionale de 41 % des **décès après l'admission** en 2010-2011. La principale raison de cette augmentation se situe au niveau de l'inscription des patients dans le registre avec la modification du nombre de jours d'hospitalisation requis soit un jour ou plus.

Neurotraumatologie

L'augmentation importante de TCC observée dans chaque établissement est directement reliée aux nouvelles normes d'inscription au SIRTQ qui tient maintenant compte des admissions d'au moins un jour.

SECTEUR	NOMBRE DE CAS DE NEUROTRAUMATISME							
	TCC				BM			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
CSSS du Haut-Saint-Maurice	4	3	3	6	0	0	1	0
CSSS Drummond	25	42	27	81	0	0	0	0
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	53	30	27	52	0	2	2	1
CSSSTR-CHR	162	143	143	206	6	0	5	6
Ensemble de la région	244	218	200	345	6	2	8	7
Total du Québec	n/d	n/d	2 946	4 094	153	121	194	255

Traumatismes de la route

Le Québec regroupe dix-sept régions sociosanitaires. Les données de 2011 nous indiquent que la Mauricie et le Centre-du-Québec se classent respectivement au 10^e et 12^e rang pour le nombre total de victimes d'accidents de la route. Concernant les décès, le Centre-du-Québec est au 5^e rang et la Mauricie au 11^e rang. Concernant les blessures graves, le Centre-du-Québec est au 7^e rang et la Mauricie au 11^e rang. Finalement, concernant les blessures légères, la Mauricie est au 9^e rang et le Centre-du-Québec au 11^e rang.

Victimes ¹³ d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures Québec de 2006 à 2011								
Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2010	2011/ 2006 à 2010
Mortelles	721	621	557	515	481	479	-0,4 %	-17,3 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	3 721	2 861	2 363	2 253	2 311	2 036	-11,9 %	-24,6 %
Légères	46 042	44 495	41 203	40 814	41 062	39 388	-4,1 %	-1,9 %
Total	50 484	47 977	44 145	43 582	43 854	41 903	-4,4 %	-8,9 %

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures Mauricie de 2006 à 2011								
Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2010	2011/ 2006 à 2010
Mortelles	24	23	20	19	15	20	33,3 %	0 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	146	135	113	83	112	97	-13,4 %	-17,8 %
Légères	1 816	1 895	1 821	1 603	1 651	1 619	-1,9 %	-1,1 %
Total	1 986	2 053	1 956	1 705	1 778	1 736	-2,4 %	-8,5 %

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures Centre-du-Québec de 2006 à 2011								
Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2010	2011/ 2006 à 2010
Mortelles	49	40	41	24	36	34	-5,6 %	-2,4 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	181	139	132	104	95	78	-17,9 %	-40 %
Légères	1 728	1 658	1 591	1 544	1 349	1 353	0,3 %	-6,9 %
Total	1 958	1 837	1 764	1 672	1 480	1 465	-1,0 %	-15,9 %

¹³ Société de l'assurance automobile du Québec, *Bilan routier 2011*, page 17

Port du casque de sécurité chez les cyclistes¹⁴

Les données indiquent une amélioration constante du port du casque de sécurité chez les cyclistes de la Mauricie alors qu'au Centre-du-Québec, elles sont fluctuantes selon les années mais les données de 2008 sont encourageantes. Les résultats sont inférieurs à l'ensemble du Québec. À noter que ces statistiques n'ont pas été mises à jour par la SAAQ depuis 2008.

ESTIMATION DU TAUX DE PORT DU CASQUE DE SÉCURITÉ CHEZ LES CYCLISTES de 2000 à 2008						
	2000	2002	2004	2006	2008	Variation 2008 Versus 2000
	%	%	%	%	%	%
Mauricie	16,2	21,1	24,8	24,1	24,1	7,9
Centre-du-Québec	8,3	24,2	13,2	13,9	23,6	15,3
Ensemble du Québec	24,3	27,3	34,6	35,8	35,1	10,8

Portrait général des victimes de traumatismes – Mauricie et Centre-du-Québec

- Le nombre d'inscriptions au SIRTQ est en augmentation, quoique difficilement comparable aux années précédentes. En effet, la nouvelle base de données compile plus d'événements traumatiques que les années antérieures (un jour d'admission VS trois jours).
- La proportion d'hommes victimes de traumatismes est plus élevée en général, mais de façon plus marquée pour le CSSS du Haut-Saint-Maurice. Cette tendance est aussi constatée par rapport à la moyenne québécoise.
- La moyenne d'âge des victimes de traumatismes est de 57 ans et est plus élevée que la moyenne provinciale.
- On note une diminution de 5 % des décès à l'arrivée à l'urgence en 2010-2011 mais une importante augmentation régionale de 41 % des décès après l'admission en 2010-2011. La principale raison de cette augmentation se situe au niveau de l'inscription des patients dans le registre avec la modification du nombre de jours d'hospitalisation requis, soit un jour ou plus.
- Le nombre de neurotraumatismes est en hausse pour l'ensemble de la région. Une fois de plus, l'augmentation importante de TCC observée dans chaque établissement est directement reliée aux nouvelles normes d'inscription au SIRTQ qui tient maintenant compte des admissions d'au moins un jour.

¹⁴ Société de l'assurance automobile du Québec, Enquête 2008 sur le port du casque de sécurité, 2008, 35 pages

Mécanismes de concertation en traumatologie

Comité provincial de traumatologie

Ce comité est inactif depuis quelques années.

Il y a peu de mécanismes de concertation provinciale actuellement hormis le comité des centres tertiaires et la Table des responsables des établissements ayant des mandats de neuro-traumatologie et une entente de services de réadaptation avec la Société d'assurance automobile du Québec.

Si une structure de concertation provinciale se mettait en place, nous y participerions activement.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie a été mis en place en 1998-1999. Toutefois, il a été inactif entre 2000 et 2003 pour reprendre ses activités par la suite sur une base régulière. Il y a quatre rencontres par année. Il est sous la responsabilité du directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence de l'Agence. Le Groupe conseil en traumatologie avait recommandé en 2003 que le CSSSTR-CHAUR prenne position auprès du comité régional de traumatologie à l'effet d'assumer l'animation du comité. Le comité régional de traumatologie a pris la décision à l'unanimité en mars 2010 de maintenir le fonctionnement actuel.

Le rôle du comité régional est :

- d'évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et d'élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- de superviser l'implantation, l'opérationnalisation et d'assurer le suivi du programme régional de traumatologie;
- de voir à l'implantation et à l'opérationnalisation des corridors de services intra et extra régionaux;
- de s'assurer de l'existence des protocoles de transfert requis;
- d'émettre des avis et des recommandations en matière de dépistage et de prévention;
- d'assurer la qualité des soins et l'accessibilité à toute la population de la région;
- de veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- de recevoir et d'assurer le suivi des recommandations des équipes du Groupe conseil en traumatologie en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- de contribuer à la planification de certains éléments du continuum et à l'élaboration de programmes spécifiques (ex. : registre des traumatismes);
- d'assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

Composition du comité :

Représentants des instances suivantes :

- deux représentants (clinique et administratif) du CSSSTR–CHAUR;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS du Haut-Saint-Maurice;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS Drummond;
- deux représentants (clinique et administratif) du CR InterVal;
- un représentant des entreprises ambulancières de la région;
- un représentant du Centre de communication santé;
- intervenants invités, au besoin, selon l'intérêt et les dossiers traités;
- directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- un représentant des Services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- un représentant de la Direction de la santé publique de l'Agence;
- un représentant de la Direction des services sociaux de l'Agence.

Comités locaux de traumatologie

Les recommandations du Groupe conseil en traumatologie visaient notamment la consolidation des comités locaux de traumatologie. Les comités locaux de traumatologie sont maintenant actifs dans tous les établissements concernés. Ils relèvent du directeur des services professionnels (DSP) ou du CMDP.

Le comité local de traumatologie a pour mandat :

- d'assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'établissement;
- d'identifier et d'adresser aux responsables des directions/services concernés, des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatisme;
- d'assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un registre des traumatismes;
- de contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux traumatisés en lien avec les objectifs définis à la matrice du Groupe conseil en traumatologie;
- d'assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies et de procéder à l'étude des dossiers en fonction de critères objectifs à déterminer, y compris les cas de mortalité;
- d'assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;
- d'assurer le suivi des recommandations déposées par le Groupe conseil en traumatologie suite aux visites d'évaluation de la performance de l'établissement relatives aux services offerts aux victimes de traumatismes;
- d'assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatismes;
- d'assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont);
- d'assurer un rôle consultatif auprès de l'Agence pour l'organisation des services sur le territoire touchant l'orientation des victimes prises en charge (transport primaire).

Les comités locaux de traumatologie se réunissent à une fréquence de trois à cinq rencontres par année. La composition de chacun des comités locaux est décrite à l'annexe 1.

Continuum de services en traumatologie

Le continuum de services en traumatologie (CST) est le modèle d'organisation des services de traumatologie québécois. Il est constitué de quatorze maillons qui couvrent tous les types de prévention, soit les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Le CST est un système intersectoriel auquel collaborent des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, universitaires et communautaires.

Le CST s'articule selon un modèle basé sur la matrice de Haddon, qui comprend trois types de prévention. La prévention primaire qui consiste à prévenir les accidents, ainsi que la prévention secondaire qui vise à prévenir les blessures, constituent respectivement le premier et le deuxième maillon du continuum de services. La prévention tertiaire, qui vise la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux séquelles des traumatismes, a également pris une place importante dans les préoccupations des partenaires du continuum. Le CST vise l'optimisation de l'accessibilité, de l'efficacité, de la qualité et de la continuité des services offerts par chacun des maillons.

Des études québécoises ont démontré que la prévention primaire et la prévention secondaire, qui constituent les premiers maillons du CST, ont contribué à une baisse significative du nombre de décès sur les routes. De plus, dans le cas des victimes de traumatismes graves qui ont bénéficié du CST, le taux de mortalité est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002. Ce modèle unique de continuum de services en traumatologie a été possible grâce à un partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux. Il est l'aboutissement de plusieurs années de travail acharné de tous les partenaires du réseau visant à ce que les délais d'accès à des soins et services de qualité soient les plus courts possible malgré les caractéristiques géographiques et démographiques du Québec.

L'une des forces de ce continuum est son système d'amélioration continue de la qualité des services qui permet de prévenir, de détecter et de corriger les situations qui pourraient compromettre la qualité des services. L'équipe de traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de par le mandat que lui confère la loi et en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux, élabore des indicateurs visant à maintenir et à améliorer la performance de l'ensemble des maillons du CST, et veille à l'atteinte de cet objectif.

Afin de documenter et d'évaluer de façon continue le niveau d'atteinte des indicateurs de performance déterminés pour chacun des maillons, un outil d'évaluation informatisé a été élaboré. Cet outil est hébergé dans un site Web qui comporte une section sécurisée accessible seulement aux partenaires du réseau de traumatologie et de la santé et des services sociaux. Cette section contient notamment les indicateurs ainsi que les niveaux d'atteinte des objectifs. Une section générale, accessible au grand public, regroupe aussi des informations sur la traumatologie et sur les intervenants du CST.

Les objectifs du site Web sont principalement d'améliorer l'efficacité et l'efficience du CST par :

- l'amélioration continue de la qualité des services offerts;
- le suivi en temps réel des activités des quatorze maillons du CST et du développement des interfaces assurant l'intégration des services;
- l'évaluation, à partir d'indicateurs et de normes reconnues et validées, de la performance de chacun des quatorze maillons du CST;
- les interventions comme vecteur de normalisation et d'uniformisation du continuum de services en traumatologie.

Le site Web comporte deux volets :

- un volet informationnel contenant des informations générales utiles sur la traumatologie (mis en ligne le 13 décembre 2005);
- un volet transactionnel contenant les indicateurs destinés à l'évaluation de performance des quatorze maillons du CST (mis en ligne le 23 février 2006).¹⁵

¹⁵ Continuum de services en traumatologie, INESSS, 2012

CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

The logo for the Centre de services à la personne (CST) is displayed in white text on a green rectangular background.

Le continuum de services en traumatologie c'est :



1

Québec 

Services de promotion et de prévention

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) a été mis à jour en 2008 et énonce des objectifs au regard des traumatismes non intentionnels :

- **Sécurité routière**
 - Réduire de 30 % la mortalité et la morbidité chez les usagers du réseau routier.
 - Réduire la mortalité et la morbidité chez les conducteurs de véhicules hors route.
- **Chutes et blessures à domicile**
 - Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
- **Traumatismes récréatifs ou sportifs**
 - Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 énonce, quant à lui, les objectifs régionaux suivants regroupés par groupe d'âges afin de faciliter le travail de l'Agence et des CSSS. Ces objectifs sont repris dans le Plan d'action régional de traumatologie 2012-2017 :

- **0–5 ans**
 - Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.
 - Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents notamment les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- **6–17 ans**
 - Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles.
 - Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.
 - Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés (ministères concernés, centres de ski, coroners, etc.).
- **Adultes et personnes âgées**
 - Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires concernés, notamment :
 - en contribuant à l'identification des endroits dangereux;
 - en favorisant le port d'équipement de protection – ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route;

- en favorisant le transport actif sécuritaire (par exemple, sécurité du réseau cyclable et piétonnier);
- en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.
- Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.
- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés.
- Soutien au Programme *Debout!* de prévention des chutes pour les personnes de 50 ans et plus vivant à domicile.
- Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet non personnalisé (ex. : P.I.E.D.).
- Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute :
 - volet personnalisé.

Il n'y a pas actuellement d'annonce de révision du Programme national de santé publique. Cependant, il est plausible qu'au cours des prochaines années ce programme soit actualisé. À ce moment, si de nouveaux objectifs prioritaires sont énoncés, notre Plan d'action régional en traumatologie en tiendra compte.

Sécurité routière

Les accidents de la route constituent la première cause de mortalité évitable dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Depuis 2010 et 2011, le bilan routier s'est amélioré significativement bien que les gains soient légèrement plus élevés en Mauricie qu'au Centre-du-Québec. Cette tendance résulte de l'effet de la ville de Trois-Rivières qui influence à la baisse les décès, et ce, aux dépens des autres municipalités de la région 04. En ville, l'insécurité routière engendre plus de blessés que de décès comparativement aux régions rurales, puisque les limites de vitesse sont basses : 30 km/h en zone scolaire et 50 km/h pour le centre-ville et les quartiers résidentiels, par exemple.

À partir du Programme national de santé publique, deux interventions contribueront certainement à améliorer ce bilan routier. La première se rapporte à l'identification des sites dangereux du réseau routier en lien avec la promotion du transport actif, et la seconde concerne la promotion du siège d'auto pour enfants.

Concernant la problématique du siège d'auto pour enfants, rappelons que la SAAQ a revu sa stratégie de promotion faite à partir des cliniques de sièges d'auto pour enfants en 2006. Selon une étude de l'INSPQ, les cliniques ne rejoignaient qu'un pourcent (1 %) de la clientèle, soit les mères les plus sensibilisées à l'utilisation d'un dispositif de retenue pour enfants dans les voitures.

En 2007, la SAAQ a mis en place un réseau provincial permanent de vérification de sièges d'auto pour enfants en collaboration avec CAA-Québec pour pallier cette lacune.

Dans ce réseau on retrouve, entre autres, certains garagistes du CAA-Québec responsables de l'installation, les corps policiers municipal et provincial, les services de pompiers et le réseau de la santé (CSSS du Haut-Saint-Maurice).

Malgré l'existence de ce réseau depuis plus de cinq ans, on enregistre en moyenne 53 victimes par année chez les 0-5 ans dans la région 04 pour la période 2007 à 2011 (SAAQ, 2012). Il s'agit majoritairement de blessés légers.

Enfin, le Réseau a inspecté 1 268 sièges d'auto pour nouveau-nés au Québec en 2011. De ce nombre, 224 avaient été correctement installés ou utilisés. C'est donc dire que 18 % des nouveau-nés étaient en sécurité lors des déplacements en voiture (SAAQ, 2012) ce qui est fortement préoccupant!

La promotion du transport actif sécuritaire (sécurité des réseaux cyclable et piétonnier)

Depuis 2006, la Direction de santé publique déploie beaucoup d'énergie dans ce domaine suite à l'implantation du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids. Notre collaboration avec des partenaires, comme Kino-Québec, nous permet de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie auprès des jeunes et des adultes, et ce, par la promotion d'un mode de vie physiquement actif. Mais pour favoriser la pratique du vélo et de la marche à l'école et au travail, il faut d'abord compter sur un réseau routier sécuritaire, d'où l'importance de ne pas dissocier le transport actif de la sécurité routière.

La prévention des noyades

En Mauricie et au Centre-du-Québec, il survient en moyenne de cinq à six noyades par an. Le groupe d'âge 0-4 ans représente une clientèle à risque, étant donné qu'il ne suffit que d'un bref moment d'inattention des parents pour que leur enfant se noie. À noter, les garçons et les hommes sont plus à risque de se noyer que les filles et les femmes.

Le port du vêtement de flottaison individuel (VFI) de même que l'aménagement sécuritaire de la piscine résidentielle constituent des mesures efficaces pour prévenir les noyades. Plus particulièrement, la Direction de santé publique contribuera à informer la population dans ce domaine en collaborant avec la Société de sauvetage et les municipalités. Les noyades s'inscriront désormais dans le Plan régional de surveillance de l'état de santé de la population.

Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile¹⁶

Le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile a été mis en place en 1998 en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il est issu du projet pilote expérimenté de 1996 à 1998 sur le territoire de la MRC de Mékinac. Ce projet correspondait à l'actualisation du virage promotion-prévention effectué dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

En 2004, devant l'importance du problème de santé publique que représente les chutes chez les personnes âgées et devant l'ampleur des coûts associés, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté un cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.

¹⁶ Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec *Le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile : Bilan après deux années de régionalisation*, Serge Nadeau, 2006.

Depuis, la Direction de la santé publique de l'Agence s'inscrit dans la démarche provinciale du continuum de services en prévention des chutes. Elle assure la mise en place et la consolidation des différents programmes en prévention des chutes qui tiennent compte du niveau de risque différents selon le profil d'autonomie des aînés.

Ainsi, les interventions de promotion et de prévention sont complémentaires aux interventions de nature curative (soins et réadaptation).¹⁷

Dans ce contexte, en Mauricie et au Centre-du-Québec, les personnes de 50 ans et plus ont accès aux services suivants offerts par le réseau local de services:

Aux personnes de 50 ans et plus, des actions dans la communauté (approche populationnelle) en prévention et promotion de la santé pour l'amélioration de la qualité de vie et le maintien des acquis en santé, offerts par tous les CSSS :

- Programme Viactive;
- Programme Debout!

Aux personnes de 65 ans et plus des interventions multifactorielles professionnelles pour contrer les chutes, offerts par tous les réseaux locaux de services :

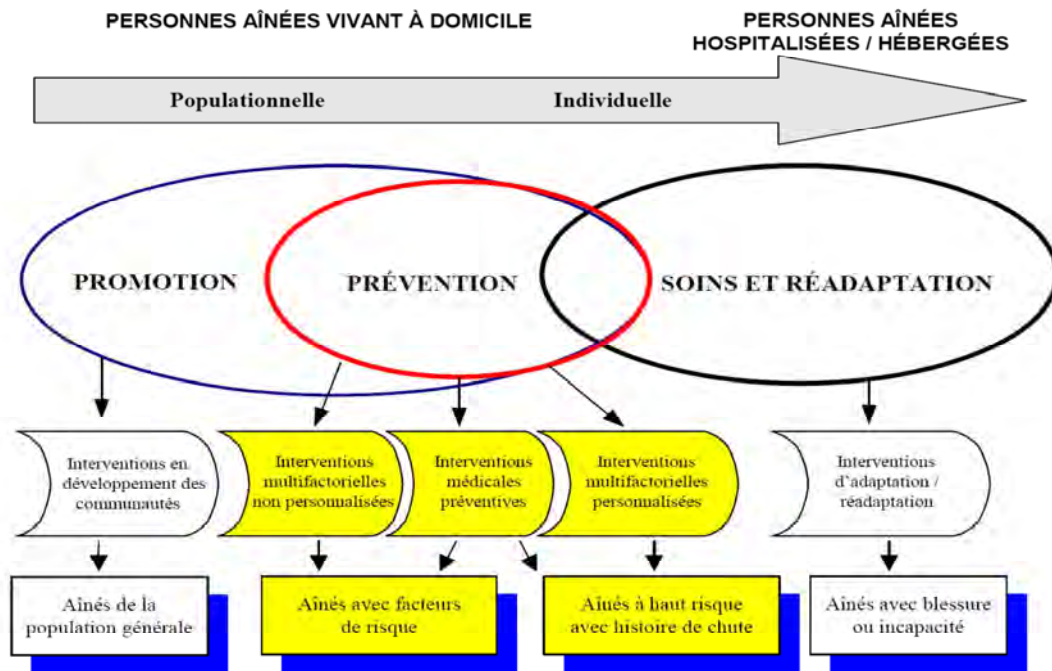
- Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) offert à 1,5 % de cette population;
- Intervention multifactorielle personnalisée (I.M.P.) offert à 0,9 % de cette population;
- Intervention médicale préventive (dès 2015).

Aux résidences privées pour personnes âgées :

- Guide en prévention des chutes à l'intention des gestionnaires et du personnel des résidences privées pour personnes âgées (dès 2013).

¹⁷ MSSS (2004), *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Cadre de référence.*

Continuum de services en prévention des chutes



-Debout!
-Viactive
-Expertise-conseils (pour l'adaptation du domicile, RPA ou lieux publics, autres).

-P.I.E.D.
-P.C.P.

-IMP (S.A.D.)
-P.C.P. (EMP)
-Relance 85 ans et plus

-U.C.D.G
-URFI
-S.A.G.

De 2004 à 2011, tout en maintenant les activités mises en place depuis 1998 avec le Programme Debout!, le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'inscrit dans la démarche provinciale.

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) est offert par tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région Mauricie et Centre-du-Québec aux personnes de 65 ans et plus qui sont préoccupées par les chutes ou par leur équilibre à raison de deux groupes par année. Ce programme de groupe offert par des professionnels de la santé des CSSS est fait sur douze semaines et vise à améliorer l'équilibre et la force des jambes des participants.

En 2008, la préparation de l'implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP), qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus qui ont déjà chuté et qui sont inscrites au service de Soutien à domicile, est amorcée grâce à un projet pilote initié par le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska.

En juin 2011, des crédits de développement en provenance du FINESSS viennent consolider le programme P.I.E.D. et permettent d'offrir régionalement ce programme à 1,5 % des personnes de 65 ans. Ces nouveaux crédits de développement permettent également l'implantation du programme IMP dans tous les CSSS de la région afin de rejoindre 0,9 % des personnes de 65 ans et plus. Le programme Debout! est en révision afin d'élargir ses actions en promotion de la santé, dans le cadre du « Vieillissement en santé » et de la politique ministérielle « Vieillir et vivre ensemble ».

La Direction régionale de santé publique prépare un « Guide en prévention des chutes à l'intention des gestionnaires et du personnel des résidences privées pour personnes âgées » à diffuser dans les réseaux locaux de services de la santé et des services sociaux.

Il est à noter que les trois programmes du service de prévention des chutes s'adressent aux personnes qui vivent à domicile. Le domicile peut être une maison, un appartement ou une chambre. L'appartement ou la chambre peut faire partie d'une résidence privée pour personnes âgées.

Programme Debout!

- Sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile.
- Habilitier les aînés à identifier les risques potentiels de chutes.
- Favoriser l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes.
- Favoriser la réalisation d'adaptations mineures du domicile.
- Travailler à ce que les aînés, individuellement et collectivement, exercent un meilleur contrôle sur leur santé ainsi que sur les facteurs de risque de chutes.
- Travailler à influencer et à transformer les politiques publiques pour une plus grande sécurité des aînés.

Prévention de la sécurité lors d'activités récréatives et de loisirs

Selon le Programme national de santé publique, environ 20 % des traumatismes avec blessures surviennent dans les lieux de loisirs ou de sports.

Le comité intersectoriel sur la sécurité dans les milieux de vie a publié en avril 1999 le Guide à l'intention des municipalités du Québec sur la sécurité dans les milieux de vie. La prévention de la sécurité dans les différents milieux de vie est la responsabilité des municipalités. On retrouve des objectifs de prévention dans le cadre de la Politique familiale adoptée par plusieurs municipalités.

Cour d'école (jeunes 5-12 ans)

- Lors de l'accompagnement fait par les kinésithérapeutes des CSSS offert aux écoles primaires pour la mise en place d'une cour d'école active et structurée, l'aspect sécurité est toujours une préoccupation. Le guide "Ma cour : un monde de plaisir!" qui est utilisé pour soutenir les

écoles propose quelques outils et liens pour se procurer de la documentation reliée à la sécurité. Lors de la formation qui a été donnée aux kinésiologues pour l'utilisation de ce guide, l'aspect sécurité a été abordé.

Concours école active (jeunes 5-17 ans)

- Dans le cadre du concours École active du programme Kino-Québec qui s'adresse aux écoles primaires et secondaires et qui a pour but de soutenir financièrement des projets menant à la création des environnements sains et sécuritaires favorables aux saines habitudes de vie, nous proposons un volet « Sécurité et éthique dans les activités physiques et sportives ». Dans le cadre de ce volet, nous supportons en moyenne quatre à cinq projets par année pour une valeur totale de 2 000 \$ à 2 500 \$.

Viactive (aînés)

- En ce qui concerne ce programme visant la pratique régulière d'activité physique chez les personnes de 50 ans et plus, nous supportons 279 groupes actifs et 427 animateurs de séances Viactive regroupant plus de 4 000 participants. Lors des formations régionales et locales offertes aux animateurs, nous avons une préoccupation constante reliée à la sécurité des activités et exercices expliqués et démontrés qui seront ensuite proposés aux participants des séances Viactive. Il est important de rappeler que la pratique d'activité physique régulière contribue de façon importante au maintien d'une bonne capacité musculaire, un meilleur équilibre et une meilleure densité osseuse, ce qui a des impacts positifs sur la prévention des chutes.

Syndrome du bébé secoué

« De toutes les formes d'abus physique infantile, le syndrome du bébé secoué (SBS) est le plus dévastateur et le plus destructeur. Il est responsable de la majorité des décès par maltraitance chez l'enfant et de presque tous ceux survenant chez les nourrissons. Près du tiers des victimes décèdent et la majorité des survivants conservent des séquelles permanentes. Toutes les victimes du SBS présentent des troubles d'apprentissage graves et ce malgré le fait qu'à leur congé de l'hôpital ils étaient sans séquelles apparentes. Selon un sondage dans la population du Québec 5 % des parents ont secoué leur bébé au moins une fois.

Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un nourrisson ou un jeune enfant tenu par le tronc, les épaules ou les extrémités est secoué violemment. Les victimes proviennent de tous les milieux socio-économiques. Le syndrome du bébé secoué est diagnostiqué surtout chez des enfants de 0 à 12 mois et, plus rarement, jusqu'à l'âge de 5 ans. Les pleurs persistants du nourrisson sont le premier élément déclencheur du SBS. Le manque de connaissances des parents relativement aux pleurs devient l'un des premiers facteurs liés au SBS, auquel s'ajoute la difficulté que représente la gestion de la colère face aux pleurs persistants, conjuguée à la méconnaissance des dangers de secouer un bébé. Les interventions éducatives auprès des parents réduisent environ de moitié l'incidence du SBS. »¹⁸

Le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué est en implantation au Québec. Élaboré par le CHU Ste-Justine, il comporte deux phases. La **première phase** se passe au centre accoucheur et consiste en une intervention de l'infirmière auprès de tous les parents avant leur départ avec leur nouveau-né. Les objectifs de l'intervention sont d'augmenter

¹⁸ Extrait du document du CHU Ste-Justine : Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile, par Fortin, S., Frappier, J. Y., Déziel, L. (2011)

les connaissances des parents et favoriser le recours à des stratégies d'adaptation quant aux pleurs du nourrisson et face à la gestion de la colère, ainsi que sur les dangers de secouer un bébé. La **deuxième phase** se passe à domicile lors de la visite postnatale, où l'infirmière revoit avec les parents les stratégies qu'ils ont identifiées et répond à leurs questions. On privilégie la présence des deux parents lors de l'intervention. Pour les familles identifiées comme ayant davantage de besoins, une intervention subséquente est prévue vers six semaines.

La formation sur le bébé secoué fait partie des formations prioritaires 2012-2013. Dans notre région, tout le personnel ciblé dans les phases 1 et 2 recevra cette formation.

Services préhospitaliers d'urgence

La « Loi sur les services préhospitaliers d'urgence » a vu le jour et a été adoptée en 2002. Depuis, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), la Corporation d'Urgences-santé et les entreprises ambulancières ont concentré leurs efforts à mettre en place les divers maillons de la chaîne préhospitalière comme dictée par la loi. Cette chaîne se décline en sept maillons tout aussi importants les uns que les autres. Chacun d'entre eux contribue à la compression des délais et des temps réponse, les actions concertées de l'ensemble des acteurs visés par les soins préhospitaliers ont permis d'améliorer la qualité des soins préhospitaliers dispensés à la population québécoise.

Encadrement médical					
Premiers intervenants	Centre d'appel 9-1-1	Centre de communication santé (CCSMCQ)	Premiers répondants	Services ambulanciers	Établissements receveurs
⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	

Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services une réponse appropriée, efficace et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction des standards reconnus.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est mobilisée afin d'actualiser les différentes recommandations et assurer le bon fonctionnement de tous les maillons de la chaîne.

Premiers intervenants

Les premiers intervenants sont les témoins et les premières personnes qui arrivent au chevet du patient fortuitement ou par un autre moyen que l'appel logé à un centre de communication santé.

Encore aujourd'hui, peu d'individus sont formés aux interventions de base leur permettant de réagir à une situation d'urgence. On constate aussi une faible sensibilisation du public face au rôle à jouer lors de la détresse d'autrui et aux premiers gestes à poser. Une réticence culturelle face à d'éventuelles poursuites empêche encore le public de s'impliquer activement. Les premiers intervenants constituent donc un maillon faible de la chaîne. Le tout se solde par un délai accru de réaction du citoyen, notamment lorsque vient le temps d'effectuer des manœuvres en réanimation cardiorespiratoire.

Cela commande des solutions ciblées pour améliorer la perception de la population face à la notion d'urgence et à l'intervention dans une telle situation. L'Agence se préoccupe de la faiblesse de ce maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière. C'est pour cette raison que le programme de formation *Héros en trente*® sera priorisé en impliquant les partenaires de notre région. Ce programme a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur du Québec et la Corporation d'Urgences-santé. Cette courte formation consiste à apprendre une version simplifiée de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) : une méthode simple et efficace qui utilise seulement le massage cardiaque, sans la ventilation « bouche à bouche ». L'apprentissage de la technique de base pour sauver une vie se voit grandement simplifiée depuis que plusieurs études ont démontré que, dans les premières minutes, le massage cardiaque seul est aussi efficace que le

massage cardiaque avec la technique de bouche à bouche. Cette formation de 30 minutes prépare à intervenir rapidement auprès d'un adulte qui s'étouffe ou qui est en arrêt cardiaque, et ce, jusqu'à l'arrivée des secours. Le développement des services de proximité permettant l'arrivée des premiers intervenants, comme les premiers répondants avec un défibrillateur externe automatisé, permet la compression des temps réponse et améliore plus que jamais la survie des patients.

Appréciation des résultats :

Depuis les dernières années, la population est préoccupée par l'importance d'une intervention rapide face à une victime d'un arrêt cardiorespiratoire, notamment chez les victimes de traumatisme. Ceci se traduit par l'ajout de défibrillateur externe automatisé dans des endroits publics, tels que dans certains arénas de la région et dans des milieux de travail.

Centres primaires 911

Les services 911 sont mis en place par les municipalités et leur rôle consiste à recevoir l'ensemble des appels téléphoniques qui requièrent une ou plusieurs interventions d'urgence (pompiers, policiers, ambulanciers, premiers répondants) et à transférer les appels au centre de communication santé lorsque les services préhospitaliers d'urgence sont requis.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, quatre centres primaires 911 (Trois-Rivières, CLR, CAUCA, Lévis – pour les réserves indiennes Odanak et Wôlinak) desservent l'ensemble des municipalités de la région, donc 100 % de la population est couverte. Des protocoles d'entente entre les centres primaires 911 et le centre de communication santé ont été signés afin d'harmoniser les façons de faire.

Centre de communication santé

Le rôle du centre de communication santé consiste à coordonner de façon optimale, selon les modalités, les normes et les protocoles établis, la réponse du système préhospitalier d'urgence à la suite d'un appel urgent. Il intervient surtout au niveau de l'articulation des éléments concernés du système intégré des services préhospitaliers d'urgence.

La région est desservie par le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec localisé à Trois-Rivières. Le centre utilise la répartition assistée par ordinateur (RAO) pour supporter, entre autres, le Medical Priority Dispatch System (MPDS). Le MPDS est utilisé pour le tri des appels urgents. Cette technologie est jumelée à un système de GPS intégré dans chacun des véhicules ambulanciers qui permet en temps réel d'affecter la ressource la plus appropriée à intervenir.

De plus, un projet de tablette PC est en cours. Il y a principalement deux fonctions importantes à l'utilisation de la tablette PC. D'une part, elles serviront à la transmission des cartes d'appel dans les véhicules ambulanciers. Les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) pourront transmettre leurs différents statuts via la tablette PC. Le logiciel de cartographie MapPoint est intégré dans la tablette. Ce logiciel permettra aux TAP d'obtenir une assistance pour se rendre sur les lieux de l'événement ou pour se rendre dans un établissement receveur.

D'autre part, les tablettes permettront de remplir électroniquement les différents formulaires utilisés lors d'une intervention. Cette technologie permettra à l'entreprise ambulancière, aux services préhospitaliers d'urgence (SPU) de l'Agence de santé et de services sociaux et au

service d'assurance qualité du SPU de l'Agence de recevoir de façon électronique leurs versions respectives des différents formulaires.

Tout compte fait, le déploiement des tablettes PC dans tous les véhicules ambulanciers représente une opportunité d'obtenir toutes les données relatives aux affectations des appels d'urgence du CCS, d'optimiser tout le processus en lien avec l'évaluation des TAP et de soutenir davantage le programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence.

Un programme d'assurance qualité de prise d'appels est en place de façon à s'assurer que les répartiteurs répondent de façon conforme aux protocoles existants.

Un programme d'assurance qualité de la répartition est aussi en développement afin d'offrir aux répartiteurs médicaux d'urgence un soutien et un encadrement à ce secteur d'activités. Il sera ainsi possible d'améliorer la qualité des services par une approche systémique (technologique, procédurale et humaine). Ce processus permettra aux répartiteurs de comprendre davantage leurs actions en lien avec la traumatologie dès la prise d'appel.

Enfin, le centre de communication santé de la région a reçu de l'International Academies of Emergency Dispatch sa réaccréditation comme centre d'excellence en juin 2010 pour une période de trois ans.

Appréciation des résultats :

Le CCSMCQ a toujours maintenu une implication active dans le continuum régional de services en traumatologie par sa vision proactive. Plusieurs projets d'avant-garde en font foi, tel que l'implantation progressive de tablettes PC et l'instauration d'un programme d'assurance qualité de la répartition. Ainsi, il est possible de mieux évaluer le système de répartition régionale des ressources ambulancières et d'y apporter des modifications précises au besoin.

Le maintien de leur statut de centre d'excellence depuis 2007 démontre le souci constant d'offrir un service de qualité lors de la réception des appels.

Premiers répondants

Depuis plus de quinze ans, ces intervenants assurent, dans plusieurs régions du Québec de par leur proximité à la population, une réponse rapide et efficace pour des situations d'urgences vitales en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. Ce service relève des municipalités mais est supporté par l'Agence et son directeur médical régional. Depuis quelques années, on constate une implication grandissante des municipalités à l'égard des différentes responsabilités reliées à ce secteur d'intervention. Au cours des dernières années, l'Agence a travaillé à consolider ce maillon de la chaîne préhospitalière. De son côté, le MSSS a développé divers niveaux de formation permettant de supporter le déploiement des services de premiers répondants au besoin de la population locale et régionale.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 30 municipalités ont un service de premiers répondants (PR) majoritairement en milieu rural selon les orientations prises par l'Agence. Toutefois, certains services en milieu urbain pourraient voir le jour d'ici peu, notamment afin de porter secours rapidement aux patients en arrêt cardiorespiratoire. Ainsi, de plus en plus de municipalités font une demande d'accréditation afin de mettre sur pied un tel service. Au cours des prochaines années, le nombre de ce type d'intervenants pourrait augmenter de façon significative. Actuellement, on compte près de 200 premiers répondants sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Un protocole tripartite entre l'Agence,

les municipalités qui possèdent un service de premier répondant et les entreprises ambulancières concernées, spécifie les rôles et les responsabilités de chacune des parties à l'égard de ce maillon de la chaîne préhospitalière.

Les premiers répondants sont des intervenants formés et désignés pour intervenir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels préétablis et cela à l'intérieur de la chaîne d'intervention préhospitalière. L'affectation des premiers répondants est faite par le biais du centre de communication santé.

Il est bien reconnu que lors de situations d'urgences vitales, la compression des délais d'intervention est un élément clé dans la réduction de la morbidité et de la mortalité, par exemple, lors de traumatismes graves et d'arrêts cardiorespiratoires. À cet effet, les travaux du comité mis sur pied par la Table provinciale des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers ont permis de constater que les interventions des PR n'ont pas toutes le même impact clinique, d'où la possibilité de créer les différents niveaux. L'analyse a donc permis de scinder les différents types d'interventions en fonction de leur pertinence clinique et ainsi développer différents niveaux de premiers répondants. L'Agence compte favoriser le développement de PR de niveau 2. Ces derniers agiront sur les situations suivantes : ACR, anaphylaxie, traumatologie.

Ainsi, le maintien des compétences cliniques de ces intervenants, le développement d'un programme d'assurance de la qualité, la consolidation des équipes des premiers répondants et l'encadrement des nouvelles municipalités souhaitant développer un service de premiers répondants font partie des préoccupations de l'Agence.

Appréciation des résultats :

La demande de développement de services de PR s'est accrue au cours des dernières années. À ce titre, les municipalités conjointement avec l'Agence travaillent en collaboration afin d'offrir un service de qualité à leur population.

Services ambulanciers

Les services ambulanciers représentent le maillon du continuum qui assure la prestation des soins préhospitaliers d'urgence par l'utilisation du transport terrestre (ambulance), lequel concerne principalement les entreprises ambulancières et les techniciens ambulanciers paramédics.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte treize entreprises ambulancières totalisant près de 400 TAP. L'Agence a conçu et mis en œuvre un programme d'assurance qualité et de maintien de la compétence pour les techniciens ambulanciers paramédics. Les cas de traumatismes majeurs sont systématiquement révisés et une rétroaction personnalisée est acheminée aux TAP par l'entremise d'un site Web (<https://www.pacqspu04.qc.ca>) afin de parfaire leurs connaissances. Pour l'année 2011-2012, deux éléments ressortent respectivement dans 15 et 20 % des dossiers révisés. En effet, dans 15 % des cas, on remarque que l'IPT n'a pas été inscrit au dossier ou était sur ou sous-estimé. D'autre part, dans 20 % des cas révisés, aucune préalerte n'a été effectuée de la part des TAP au centre de traumatologie receveur. Ces deux éléments sont essentiels pour que l'équipe médicale en attente du patient puisse se préparer adéquatement avant son arrivée. Un regard plus attentif jumelé à une rétroaction appropriée devra être apporté au cours des prochaines années à l'égard de ces deux éléments.

Afin d'émettre une rétroaction rapide et efficace, un modèle de coaching dans les entreprises ambulancières a été développé. Cette méthode consiste à rencontrer individuellement chaque TAP actif à raison d'une heure par trois mois. Ceci permet entre autres de détecter et de corriger les protocoles sous-exposés auprès du TAP le cas échéant. De plus, cette rencontre permet de faire l'analyse et le bilan d'assurance qualité de chacun des TAP. Au bout du compte, le coaching en entreprise permet de moduler les programmes de formation.

Notre région est reconnue pour sa formation continue qui vise le rehaussement des compétences. Les formations se font à deux niveaux : en entreprise, pour permettre de corriger les lacunes observées lors de l'application des protocoles, et de façon magistrale pour l'apprentissage de nouvelles compétences (32 heures/an) en soins préhospitaliers d'urgence.

En traumatologie, le temps d'intervention est un facteur crucial. Pour aider à diminuer le temps avant de porter secours aux traumatisés, les responsables des services préhospitaliers en collaboration avec les entreprises ambulancières concernées ont mis sur pied, en zone urbaine, le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers. Ce déploiement, couplé aux procédures d'affectation unifiées appliquées par le centre de communication santé, contribue à restreindre l'attente des secours pour les traumatisés.

Une analyse annuelle est effectuée afin d'améliorer la charge de travail des techniciens ambulanciers paramédics en s'assurant, entre autres, que le nombre de véhicules disponibles soit optimal.

Par ailleurs, au cours des prochaines années, des indicateurs de performance spécifiques en traumatologie seront précisés pour évaluer les mesures mises en place notamment au niveau du découpage géographique.

La coordination préhospitalière du territoire du Haut-Saint-Maurice est une préoccupation constante de par l'éloignement géographique de ce secteur. Malgré la faible densité populationnelle, la grande étendue du territoire vient complexifier la prise en charge des patients. Pour pallier à ceci, un système de points de rencontre doit être mis en place afin de faciliter le repérage de l'endroit où les TAP doivent prendre en charge une victime. Un tel projet est actuellement soumis à une table de concertation regroupant plusieurs acteurs du Haut-Saint-Maurice ainsi que le CCSMCQ.

Appréciation des résultats :

La formation est un enjeu reconnu comme étant la pierre angulaire afin de permettre aux ambulanciers d'effectuer une intervention de qualité. Les efforts déployés en formation et en coaching en entreprise se traduisent par une amélioration des actes effectués sur le terrain.

La révision des cas et par la suite les rapports de performance produits permettent un soutien personnalisé aux TAP directement dans leur entreprise respective, et ce, en collaboration avec l'Agence.

Le schéma de la page suivante représente la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce)

Suite à la démarche entreprise en 2004, l'Agence a supervisé l'implantation des réseaux locaux de services. Concrètement, cela représente huit réseaux locaux de services, quatre établissements à vocation régionale dont le CR InterVal et deux CHSLD conventionnés privés.

- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.
- CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska.
- CSSS Drummond.
- CSSS de l'Énergie.
- CSSS de Maskinongé.
- CSSS du Haut-Saint-Maurice.
- CSSS de Trois-Rivières (centre hospitalier affilié universitaire).
- CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan.

L'élaboration des projets cliniques constitue une opportunité de contribuer à la mise à jour des continums de services intégrés en traumatologie.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, il y a neuf salles d'urgence réparties dans huit CSSS, dont quatre d'entre eux sont des centres désignés en traumatologie. Ces centres ont fait l'objet de recommandations lors des visites du Groupe conseil de novembre 2003 et la plupart des recommandations ont été actualisées.

Corridors de services

Suite aux visites du Groupe conseil en traumatologie, le comité régional de traumatologie a priorisé les corridors de services entre les centres de traumatologie primaires et secondaires et le centre régional de neurotraumatologie. Concrètement, l'analyse des transferts interétablissements régionaux démontre une nette amélioration de l'efficacité des corridors de transferts.

De plus, la plupart des ententes de transfert interrégionales en traumatologie ont été signées sauf l'entente entre le CSSSTR–CHAUR et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour les victimes de blessures médullaires qui est présentement dans la phase finale de signature entre les partenaires.

Le corridor de transfert de la clientèle pédiatrique traumatisée de moins de 14 ans nécessitant des soins de niveau tertiaire de la région du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable avec le CHA Enfant-Jésus a été retiré à l'été 2011 suite à une analyse de la part du MSSS. Le corridor privilégié est maintenant celui de l'Hôpital Sainte-Justine, sauf pour la clientèle pédiatrique victime de brûlures graves. Ceci amène une pression énorme des transferts de cette région vers Montréal étant donné la distance et la congestion fréquente de l'accès sur l'île de Montréal.

Une préoccupation constante subsiste à l'égard des différents corridors de service mis en place au fil des années. Ainsi, à travers les années nous avons constaté que les transferts au sein des corridors de service établis sont fragiles et soumis à plusieurs contraintes dont la situation géographique, les difficultés de transfert et les modifications de certains mandats (CHAUQ vs clientèle pédiatrique). Dans ce contexte, une analyse plus poussée de la situation et des solutions possibles est nécessaire.

Transport ambulancier des victimes de traumatisme

Le Groupe conseil en traumatologie a demandé à l'Agence de travailler sur le découpage géographique de la région et le transport ambulancier des victimes de traumatisme (neurotraumatisme, polytraumatisme et monotraumatisme), présentant l'un ou les symptômes suivants : altération de l'état de conscience, « P » ou « U » à l'appréciation par les services préhospitaliers d'urgence. Ce découpage permet de diminuer le temps de transport des patients ayant subi un traumatisme, crânien ou autre, vers le centre où le patient recevra les meilleurs soins en rapport avec les blessures provoquées par son traumatisme. Les mesures de découpage géographique sont maintenant opérationnelles depuis mai 2010.

Une démarche a été entreprise auprès de l'INESSS afin de faire modifier l'algorithme provincial compte tenu que les centres hospitaliers périphériques sont à moins de vingt-cinq minutes du CSSS de Trois-Rivières (CSSSTR-CHAUR) en mode urgent. Selon l'algorithme provincial, lorsqu'un usager présente un résultat de cinq non cumulatif à l'IPT dans les sphères du pouls ou de la tension artérielle, il doit être dirigé vers le centre hospitalier le plus proche afin d'être stabilisé. Les centres périphériques au CSSSTR-CHAUR sont nettement sous-exposés à ces situations. En attendant la recommandation du groupe de chercheurs de l'INESSS, le CSSSTR-CHAUR a produit un algorithme de prise en charge rapide chez un patient présentant une instabilité nécessitant l'expertise médicale pour favoriser une action rapide et concertée avant le transfert vers le CSSSTR-CHAUR. Cet algorithme a été présenté aux trois établissements périphériques au CSSSTR-CHAUR (CSSS de Maskinongé, CSSS de l'Énergie et CSSS Bécancour—Nicolet-Yamaska). Un suivi de cet outil est fait par le biais du comité régional de traumatologie et des recommandations sont acheminées aux établissements concernés si nécessaire.

Le tableau suivant montre le nombre de transferts régionaux vers le CSSSTR-CHAUR, centre secondaire régional.

NOMBRE ET PROVENANCE DES TRANSFERTS REÇUS AU CSSSTR-CHAUR					
Provenances les plus fréquentes	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
CSSS de l'Énergie	112	121	109	113	75
CSSS du Haut-Saint-Maurice	42	44	51	48	54
CSSS de Maskinongé	53	39	30	30	37
CSSS Bécancour—Nicolet-Yamaska	53	37	38	45	32
CSSS de Trois-Rivières	29	32	27	27	30
CSSS Drummond	32	38	37	33	23
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	39	33	30	20	24
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	2	8	3	0	3
TOTAL	362	352	325	316	278

Source : Registre des traumatismes

Registre des traumatismes

Le Système d'informations du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) est la base de données permettant aux établissements de se comparer entre eux et à la RAMQ de présenter des analyses provinciales. De plus, c'est une source d'informations importante pour permettre une meilleure connaissance de la clientèle victime de traumatismes. Les quatre établissements

de la région complètent la saisie de données en temps réel. Ce nouveau cadre normatif devrait permettre une connaissance accrue des indicateurs de performance de nos établissements.

Le comité régional de traumatologie analyse annuellement deux tableaux de bord issus du Registre des traumatismes. Le changement de cadre normatif a provoqué une inaccessibilité des données pendant plus d'un an. De plus, les archivistes de nos établissements rapportent une augmentation significative de la charge de travail inhérente à la saisie de données plus nombreuses (plus de données et plus de cas répertoriés). Un objectif de notre prochain plan d'action sera d'analyser cet aspect tant du point de vue temps archiviste que du point de vue de l'amélioration de l'interface des différents systèmes de données disponibles.

Support technologique

Les établissements de santé physique utilisent plusieurs outils technologiques afin de supporter le travail de leurs intervenants. Toutefois, on observe un développement non concerté des différents outils (urgence, soins intensifs, bases de données, etc.). Nous souhaitons amorcer une réflexion régionale sur les outils disponibles afin d'en arriver à une meilleure uniformité régionale et éventuellement, provinciale.

Repérage de la clientèle traumatisée

Le repérage de clientèle traumatisée demande que des outils soient mis en place pour agir efficacement. La SAAQ finançait jusqu'à récemment le programme de « Prise en charge rapide » dans les établissements de traumatologie secondaire et tertiaire du réseau québécois. Le 1^{er} avril 2012, la SAAQ a mis fin à ce programme fragilisant ainsi le repérage de la clientèle traumatisée de la route malgré les représentations faites par l'Agence et les établissements de traumatologie. Le CSSSTR-CHAUR, le CSSS Drummond et le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable avaient le programme de « Prise en charge rapide ». Cette mesure menace directement le repérage de la clientèle victime d'un traumatisme craniocérébral léger et l'Agence a décidé de pallier par l'ajout d'un budget d'appoint dans les quatre établissements avec mandat de traumatologie de notre région.

Clientèle TCC et mesure de Glasgow à l'urgence

Concernant la clientèle TCC, un des gestes importants à être posé à l'urgence est la mesure de Glasgow. C'est un élément diagnostique incontournable. La performance des urgences des établissements de la région est inégale.

PERFORMANCE DES URGENCES DES ÉTABLISSEMENTS						
Secteur	2009-2010			2010-2011		
	Nombre TCC	GSC fait à l'urgence	GCS manquant à l'urgence	Nombre TCC	GSC fait à l'urgence	GCS manquant à l'urgence
CSSS du Haut-Saint-Maurice	3	2	-	6	6	2
CSSS Drummond	26	23	6	81	87	13
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	27	24	4	52	56	5
CSSSTR-CHAUR	140	103	13	206	309	39

Source : SIRTQ

- ❖ GCS manquant à l'urgence : à partir du nombre de cas inscrits, pour chaque occurrence de l'élément « blessure à la tête » (toutes les blessures à la tête sauf les traumatismes superficiels au cuir chevelu et les pertes de conscience), l'élément « Code Glasgow Coma Scale » « GSC » est absent.

Lorsqu'il existe une différence entre le nombre de TCC et le nombre de Glasgow à l'urgence, c'est que ces cas ne sont pas passés par l'urgence et que les diagnostics ont été posés ailleurs qu'à l'urgence.

Donc, pour l'ensemble de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le nombre de Glasgow total identifié à l'urgence est de 82 % en 2010-2011 et est identique à celui observé l'année précédente.

Cette notion est dans la formation régionale en traumatologie pour les techniciens ambulanciers paramédics dispensée depuis 2010. De plus, la présentation des algorithmes de prise en charge de la clientèle victime de TCC léger permet de consolider cette notion auprès des médecins de nos établissements hospitaliers ainsi que dans les GMF et cabinets privés.

Nucléaire et autres contaminants

La présence de la centrale nucléaire de Gentilly dans notre région a demandé la mise en place d'un plan de mesures d'urgence en cas d'incident nucléaire. La directrice médicale régionale du préhospitalier a complété une formation sur le nucléaire à l'été 2010. Un nouveau protocole de prise en charge par le préhospitalier est en développement et devrait préciser les rôles attendus par les différents acteurs présents sur un incident impliquant des matières radioactives.

Un travail, qui sera disponible à l'ensemble des partenaires, est présentement en cours au CSSSTR-CHAUR portant sur les points suivants :

- Volet information première ligne;
- Centres de réception première ligne;
- Sites non traditionnels;
- Prise en charge à l'urgence : prise en charge d'une personne contaminée versus plusieurs personnes contaminées.

Toutefois, la région doit mettre en perspective tous les travaux effectués à ce jour en regard de la fermeture définitive des opérations à la centrale nucléaire dès le 31 décembre 2012. Cela fait en sorte que le risque sera présent mais bien différent.

Par ailleurs, tous les partenaires régionaux sont très préoccupés par le volet des autres contaminants et le manque d'information concertée disponible. En effet, plusieurs acteurs sont présents quand on parle de cette dimension et il est difficile de s'y retrouver. Un objectif de notre plan d'action visera à mieux documenter cet aspect.

Appréciation des résultats :

Au cours des dernières années, nous avons pu observer une amélioration de la cohésion entre les établissements. Le comité régional de traumatologie est le centre des échanges et le gardien des préoccupations de chacun des partenaires. Le CSSS de Trois-Rivières (CHAUR) assume son leadership régional en traumatologie en supportant ses partenaires dans les différents dossiers. De plus, l'ensemble des partenaires régionaux propose régulièrement des projets mobilisateurs pour la région (protocole de transfusion massive, découpage géographique et architecture de services des TCC légers). Ainsi, cette synergie nous permet de servir de référence à d'autres régions régulièrement.

Services de réadaptation spécialisés

Le Centre de réadaptation InterVal assure la mission régionale du centre de réadaptation en déficience physique.

Selon les orientations stratégiques 2012-2015¹⁹, le Centre de réadaptation InterVal assure des services aux personnes ayant une déficience motrice, une déficience du langage et de la parole, une déficience auditive ou une déficience visuelle. Le CRDP InterVal possède huit (8) points de services et onze (11) installations sur tout le territoire sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Trois-Rivières, Shawinigan, Drummondville, Victoriaville).

L'organisation des services est la suivante :

- Les services de réadaptation en déficience visuelle sont assumés par une seule équipe régionale avec une déconcentration maximale des services dans le milieu de vie de la personne;
- Les services de réadaptation en déficience auditive sont assumés par une seule équipe régionale;
- Les services de réadaptation pour les enfants présentant une déficience du langage sont assurés dans quatre territoires sous-régionaux : Trois-Rivières, Drummondville, Shawinigan et Victoriaville avec des corridors de services avec les CSSS limitrophes;
- Les services aux enfants ayant une déficience motrice et ceux aux adultes font partie de deux programmes distincts. De plus, les services doivent continuer d'être décentralisés dans les quatre territoires sous-régionaux avec des corridors de services avec les CSSS limitrophes;
- Dans son volet régional, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) située à Trois-Rivières reçoit la clientèle des grands brûlés, des traumatisés craniocérébraux, des blessés médullaires, des amputés du membre inférieur et des personnes ayant des blessures orthopédiques graves. Ces clientèles sont reçues sur une base externe dans chacun des points de service (Drummondville, Shawinigan, Trois-Rivières, Victoriaville);
- L'entente avec la SAAQ concernant les services de réadaptation en traumatologie pour les personnes qui, suite à un accident de la route, ont un traumatisme au niveau craniocérébral, au niveau de la moelle épinière ou des blessures orthopédiques graves, demandent un suivi particulier et une équipe qui œuvre spécifiquement en traumatologie. Les personnes qui ont ce genre de traumatismes dans un autre type d'accident sont aussi intégrées dans ce programme clientèle distinct;
- Depuis septembre 2001, une clinique spécialisée dans le traitement et la réduction de la spasticité causée par des affections neurologiques diverses est en opération. Sous la responsabilité du physiatre, une équipe multidisciplinaire offre aux usagers de tous âges des services à partir de Trois-Rivières;
- La gestion des programmes de la RAMQ concernant les aides de suppléances à la mobilité (attribution et réparation des fauteuils roulants, aide au déplacement, orthèses) fait l'objet d'un programme distinct avec une gestion centralisée à Trois-Rivières. Des plateaux techniques sont actifs dans les points de service;

¹⁹ Centre de réadaptation InterVal, *Un CRDP en évolution II, Orientations stratégiques 2012-2015, juin 2012*

- Le Centre de réadaptation InterVal offre, depuis février 2002, un service spécialisé d'évaluation des capacités à conduire un véhicule automobile intégrant un volet d'adaptation du véhicule s'il y a lieu;
- Le Centre de réadaptation InterVal offre, depuis mars 2012, le suivi ponctuel à long terme des blessés médullaires dans les locaux du point de service Saint-Joseph à raison d'une fois par mois. Ce programme devrait poursuivre son développement au cours des prochaines années en intégrant autant les usagers de l'IRDPQ que de l'IRGLM.

Le Centre de réadaptation InterVal a complété la signature des ententes de collaboration avec les CSSS et les établissements à vocation régionale. Une approche plus personnalisée du programme de traumatologie envers les différents partenaires régionaux est nécessaire afin de favoriser une meilleure connaissance des services offerts par ce programme et une utilisation maximale de l'URFI pour les clientèles spécialisées. En effet, on observe encore des lacunes à ce niveau.

Une emphase importante est mise sur l'écriture de cadres logiques d'intervention et de programmation clinique pour certaines clientèles ou services (TCC léger, services de sexologie).

D'autres objectifs sont aussi identifiés dans la section portant sur les clientèles particulières.

Appréciation des résultats :

Le programme de traumatologie du CRDP InterVal s'est engagé depuis plusieurs années dans une démarche d'évaluation de la qualité de ses services en se dotant entre autres d'un processus d'évaluation de la qualité de ses plans d'intervention en terme de participation des usagers et des familles.

Le CRDP InterVal dessert chaque année environ 700 personnes victimes de traumatismes graves, dont plus de 300 nouvelles. Il assure un partenariat avec les CSSS régionaux, les ressources en éducation, en santé mentale et maintient des liens actifs avec plusieurs partenaires provinciaux. Le Centre de réadaptation InterVal répond de façon rigoureuse aux exigences du plan d'accès régional et respecte les délais prévus.

Services de maintien dans le milieu de vie

Selon les besoins de la clientèle traumatisée, il arrive fréquemment que des établissements ou organismes doivent être impliqués pour maintenir la personne dans un milieu de vie optimal. On parle ici des services de réadaptation de 1^{re} ligne, des organismes communautaires, des services de soutien à domicile, des services psychosociaux, des services d'adaptation du domicile et des services d'hébergement.

Services de réadaptation de première ligne

Les clients victimes de traumatismes ont accès aux cliniques de physiothérapie situées dans les établissements publics ou aux cliniques de physiothérapie privées. Cependant, l'accessibilité au secteur public étant restreint, des critères rigoureux de priorisation de la clientèle sont appliqués et les délais d'attente sont longs. Les cliniques privées ont une accessibilité immédiate, mais ceci implique que la personne possède une assurance privée ou a les moyens financiers de payer ces services. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est une région vieillissante et le revenu moyen est sous la moyenne provinciale. On peut donc penser qu'il est difficile pour une partie de la population d'avoir accès aux services de réadaptation de première ligne au moment opportun.

Deux cliniques musculosquelettiques sont en place dans la région. Au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, la clinique existe depuis juillet 2007 et au CSSS de Trois-Rivières – site CHR, la clinique a vu le jour en novembre 2008. Un guichet unique est en place afin de permettre une seule entrée des demandes. Le délai d'attente pour une consultation varie selon la raison de la consultation, la priorité accordée à la demande mais également la disponibilité des ressources humaines. En effet, il existe un enjeu important de disponibilité de ressources médicales afin d'assurer un fonctionnement optimal de ces cliniques.

Une équipe interdisciplinaire en musculosquelettique, comprenant entre autres un infirmier pivot, a été formée dans chacune de ces cliniques. Des rencontres hebdomadaires ont lieu afin de présenter les nouveaux cas et de discuter des cas complexes ayant une problématique particulière ce qui favorise l'acquisition et le partage de connaissances. Cela permet également à l'équipe d'accroître son expertise dans ce domaine tout en améliorant l'autonomie professionnelle des intervenants. Ces cliniques permettent de voir rapidement la clientèle d'orthopédie et facilitent l'accès aux services de première ligne.

Une clinique de la douleur chronique est en développement au CSSS de Trois-Rivières. Ce dernier et le Centre de réadaptation InterVal effectuent des travaux pour obtenir la désignation en tant que centre régional d'expertise en gestion de la douleur chronique en lien avec les travaux des RUIS de Montréal et de Sherbrooke. Le centre de gestion en douleur de Trois-Rivières permettra la prise en charge interdisciplinaire de la clientèle adulte atteinte de douleur chronique. Jusqu'à présent, les bénéfices en termes d'accessibilité et de complémentarité des expertises pour la clientèle de cette clinique sont très intéressants. En effet, des liens seront également effectués avec la clinique musculosquelettique du CSSS de Trois-Rivières.

Un comité régional en gestion de la douleur chronique a été mis en place en juin 2012 et assurera l'implantation d'un projet d'amélioration d'un continuum de services pour la population touchée en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Organismes communautaires

En 2012, on recense 244 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux sur l'ensemble du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. De ce nombre, certains sont interpellés par les victimes de traumatismes. Ce sont les organismes communautaires en déficience intellectuelle, multiple ou physique, maintien à domicile, santé mentale et santé physique.

Mentionnons plus particulièrement les liens importants de l'Association des traumatisés craniocérébraux Mauricie et Centre-du-Québec qui fait partie des différents consortiums pour les personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral. Cette association a des points de services à Trois-Rivières et à Victoriaville et souhaite en implanter un nouveau à Drummondville. Présentement, les usagers de ce territoire sont desservis à partir du point de services de Victoriaville. Elle souhaite aussi établir des liens avec les partenaires de la région du Haut-Saint-Maurice afin d'offrir un soutien aux usagers de ce territoire.

L'association est aussi interpellée par divers objectifs reliés aux personnes victimes de traumatisme craniocérébral qui seront présentés dans le prochain chapitre.

Services de soutien à domicile et services psychosociaux

L'ensemble des huit réseaux locaux de santé offre les services de soutien à domicile et des services psychosociaux accessibles à l'ensemble de la population, lesquels couvrent différents services courants dont l'Accueil-Évaluation-Orientation (AEO) de la personne vers les services appropriés, l'Info-Social et la consultation psychosociale individuelle.²⁰

Dans le but d'améliorer la rapidité d'accès aux services spécifiques, les activités d'Accueil-Évaluation-Orientation ont été modifiées dans certains CSSS, afin que l'évaluation soit plus approfondie lors de la demande de services et permette de supporter l'élaboration d'un plan d'intervention et de référer la personne plus rapidement aux services spécifiques qu'elle requiert.

Le service régional Info-Santé/Info-Social, dont le mandataire est le CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska, assure la réponse téléphonique 24 heures par jour/7 jours par semaine par la ligne 811. En 2011-2012, ce service a répondu à 14 760 appels pour des lésions traumatiques.

Une démarche (Projet TCC) est en cours afin d'informer les CSSS sur la problématique à long terme des TCC modérés ou graves et de mettre sur pied un projet pilote visant l'implication des CSSS dans le maintien des acquis de ces usagers. Une première rencontre avec le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a eu lieu et un projet pilote devrait se mettre en place sous peu. Des rencontres avec d'autres CSSS sont aussi prévues.

Programmes d'adaptation du domicile

La Société d'habitation du Québec (SHQ) gère un **Programme d'adaptation du domicile** qui permet à un propriétaire de bénéficier d'une aide financière pour payer les coûts des travaux d'adaptation nécessaires à une habitation. Depuis octobre 2009, de nouvelles normes sont en

²⁰ Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, 2012

application, permettant une accessibilité accrue (résidences pour personnes âgées de neuf personnes et moins), une meilleure gestion des listes d'attente et une aide financière améliorée. L'aide financière admissible de base est maintenant attribuée « sans égard au mode d'occupation ». De l'aide financière supplémentaire est possible, selon certains critères, ceci en lien avec les revenus et/ou en lien avec le recours à des équipements spécialisés coûteux et nombreux. L'admissibilité à cette aide supplémentaire est déterminée par le mandataire et l'ergothérapeute au dossier.

Dans tous les cas, les personnes ne doivent pas être admissibles à l'aide financière prévue pour l'adaptation de domicile en vertu des régimes d'assurance de la SAAQ ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Ce programme sollicite donc l'évaluation d'un ergothérapeute et la participation d'un mandataire identifié par une municipalité ou une municipalité régionale de comté.

Les listes d'attente sont maintenant gérées par les mandataires. L'attente pour obtenir l'aide financière est de beaucoup réduite.

Par contre, il existe des disparités régionales dans l'attente d'un inspecteur (mandataire), probablement en lien avec le bassin de population, et d'un ergothérapeute selon les établissements. Tous les mandataires appliquent maintenant la procédure allégée avec possibilité de vérification, a posteriori, par la SHQ.

Services d'hébergement

Lorsque les personnes victimes de traumatisme demeurent avec des séquelles importantes, que ce soit au niveau physique, intellectuel ou psychologique, l'hébergement dans un milieu de vie substitut peut être la seule alternative. La problématique de l'hébergement pour les personnes présentant un trouble de comportement grave est une préoccupation provinciale et la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec n'échappe pas à cette réalité.

Un projet d'hébergement de type communautaire pour les personnes présentant des séquelles de traumatisme craniocérébral a été présenté en décembre 2004 sous la responsabilité du CSSS de Trois-Rivières. Le MSSS a accepté ce projet en juin 2005, mais un problème de financement récurrent, particulièrement en ce qui a trait au bail emphytéotique, a empêché la réalisation à ce jour. Il faut donc prévoir que les dix logements seront disponibles en 2014.

Appréciation des résultats :

Ce maillon du continuum de services en traumatologie est le dernier maillon qui reste à consolider dans notre organisation régionale. À cet égard, la région peut compter sur le dynamisme de l'Association des traumatisés craniocérébraux Mauricie et Centre-du-Québec qui fête en 2012 ses vingt années d'existence.

Beaucoup d'efforts ont été consentis pour impliquer les partenaires régionaux dans le maintien des acquis et la mise en place d'une ressource d'hébergement pour les adultes victimes de TCC modérés ou graves. Ces démarches avancent moins rapidement que souhaité, mais devraient se concrétiser au cours des prochaines années.

Les clientèles particulières

Les clientèles particulières desservies dans le cadre de continuums de services sont :

- les personnes blessées médullaires;
- les personnes victimes de brûlures graves;
- les personnes traumatisées craniocérébrales;
- les personnes victimes d'une amputation nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence.

Concernant la **clientèle des blessés médullaires**, un protocole de transfert entre le Centre d'expertise de l'Ouest du Québec et le Centre de réadaptation InterVal existe depuis 1998. La signature du protocole de retour dans la région entre le Centre d'expertise de l'Ouest pour les victimes de blessures médullaires et les établissements de la région est en cours et sera finalisée d'ici la fin de l'année 2012. Tel que mentionné à la page 14, le CSSS de Trois-Rivières, le CSSS Drummond et le CSSS du Haut-Saint-Maurice transfèrent leurs usagers vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal alors que le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable transfère leurs usagers vers le CHA Enfant-Jésus.

En 2007, la région s'est engagée dans une réflexion afin d'offrir des services équitables à la clientèle avec une lésion médullaire non traumatique qui présente des incapacités nécessitant de la réadaptation spécialisée. Un problème d'accès au Centre d'expertise de l'Ouest demande que le Centre de réadaptation InterVal améliore l'offre de services pour cette clientèle notamment au niveau des problèmes urologiques et gastro-intestinaux. Le CR InterVal a finalement été en mesure de recevoir ce type de clientèle à son unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) depuis le mois de février 2011.

Concernant la **clientèle victime de brûlures graves**, le MSSS a désigné deux centres d'expertise, un à l'Est du Québec composé de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'IRDPQ, en collaboration avec F.L.A.M., et dans l'Ouest du Québec composé de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de Villa Médica, en collaboration avec Entraide Grands Brûlés.

Tous les établissements de la région transfèrent ce type de clientèle vers le Centre d'expertise de l'Est du Québec. Les ententes de transfert en traumatologie ont été signées le 28 mars 2008 avec le Centre d'expertise de l'Est du Québec. De plus, l'entente relative au transfert interétablissements des victimes de brûlures graves entre le centre d'expertise et la région d'origine est effective depuis le printemps 2011. Les statistiques montrent qu'en 2010-2011, treize victimes de brûlures graves ont bénéficié des services du Centre d'expertise de l'Est du Québec. Pour l'année 2011-2012, ce sont sept victimes de brûlures graves qui ont bénéficié des services du Centre d'expertise de l'Est du Québec.

Une formation d'appoint a été dispensée au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable par le centre d'expertise et devrait se poursuivre dans les trois autres établissements.

Concernant les **victimes de traumatisme craniocérébral**, plusieurs démarches ont été faites au cours des dernières années :

- Désignation du consortium régional pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave;
- Désignation du consortium interrégional de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave;

- Dépôt des orientations ministérielles concernant le traumatisme craniocérébral léger.

Le consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **adultes** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a déposé un nouveau plan d'action 2012-2015. Ce plan d'action précise les objectifs devant être poursuivis dans le consortium :

- Orientation des clients TCC en fonction des corridors de services établis pour cette clientèle;
- Implication des CSSS dans les mécanismes de continuité pour répondre aux besoins de la clientèle adulte victime d'un TCC modéré ou grave;
- Maintien des mécanismes continus de collaboration et d'échange du consortium;
- Mise en place d'un système d'information permettant d'apprécier le fonctionnement du continuum de services;
- Validation de la satisfaction de la clientèle;
- Disponibilité de ressources alternatives, permanentes ou temporaires pour certaines personnes traumatisées craniocébrales, dont les problèmes cognitifs ou de comportements nécessitant un encadrement particulier;
- Favorisation du partage des connaissances et le maintien des expertises;
- Maintien actif de la démarche d'évaluation.

En décembre 2006, le MSSS a réalisé une nouvelle visite de désignation visant la consolidation du Consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **adultes** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. La région a reçu une évaluation très positive et la désignation ministérielle a été officialisée le 5 août 2008.

Le consortium interrégional Montréal–Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **enfants et adolescents** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a été évalué en 2006 et, une nouvelle fois, en novembre 2008. La désignation ministérielle a été officialisée le 6 juillet 2009. Le Plan d'action régional concernant cette clientèle vise les objectifs suivants :

- S'assurer de l'entrée de la clientèle dans le consortium par le CHU Sainte-Justine;
- Préciser la contribution des réseaux locaux de services et la complémentarité entre le CR InterVal et les CSSS;
- Participer à la révision du protocole d'entente du tronc commun et du protocole d'entente régional;
- Compléter une analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium;
- Participer à l'évaluation du fonctionnement du consortium;
- Évaluer annuellement l'atteinte des objectifs du plan d'évaluation régional;
- Participer à l'actualisation du plan conjoint de formation;
- Harmoniser les paramètres de suivi ponctuel à long terme de la clientèle entre les points de services du CR InterVal;
- Bonifier l'offre de service de l'ATCC MCQ pour la clientèle enfants/adolescents.

Concernant la clientèle ayant subi un **traumatisme craniocérébral léger**, le MSSS a déposé ses orientations ministérielles 2005-2010 en janvier 2006. La région a déposé son architecture de services en juillet 2008 et un bilan à chaque année depuis. Plusieurs activités ont été réalisées afin d'améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge des personnes ayant subi un TCC léger dans la région :

- Distribution élargie des algorithmes décisionnels adulte et pédiatrique (nouveaux algorithmes distribués au printemps 2012);
- Formation médicale des médecins des urgences des quatre établissements avec mandat de traumatologie;
- Centralisation de la démarche de dépistage au CSSSTR–CHAUR sur référence des trois autres établissements;
- Ajustements des formulaires de référence et réalisation d'un feuillet explicatif;
- Rencontre des autres CSSS sans mandat de traumatologie, mais avec une urgence 24/7 : remise des orientations ministérielles, formation sur les algorithmes, remise du feuillet explicatif;
- Formations des médecins œuvrant dans les différents GMF de la région.

Les personnes **victimes d'une amputation nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence** sont référées au CHUM – Hôpital Notre-Dame. Le centre d'expertise a été désigné au cours de l'année 2011 et les ententes de transfert en traumatologie devront être signées. La région participera activement à la mise en place du protocole de retour dans la région de cette clientèle.

De plus, il existe une problématique importante de prise en charge des cas complexes de plasties de la main. Les intervenants de la région souhaitent fortement que cette clientèle soit intégrée dans les corridors de transfert avec le centre d'expertise.

La région souhaite maintenant définir une architecture de prise en charge des personnes victimes de **blessures orthopédiques graves**. Un objectif sera inclus dans le prochain plan d'action afin de définir cette clientèle et de déterminer quels sont les corridors de services nécessaires. Il sera important ici de bien définir les usagers ayant besoin de réadaptation spécialisée de ceux nécessitant de la réadaptation courante.

Plusieurs activités sont nécessaires afin d'actualiser les différents plans d'action en fonction des clientèles particulières et impliqueront l'Agence, l'ensemble des partenaires régionaux en traumatologie, ainsi que les partenaires des différents centres d'expertise.

Appréciation des résultats :

De nombreux travaux ont teintés les dernières années au niveau des clientèles victimes de traumatismes graves. Tant au niveau de la participation à toutes les démarches d'évaluation des consortiums que de la réalisation des plans d'actions régionaux de tous les consortiums et corridors, les partenaires impliqués auprès de ses clientèles ont maintenus des liens privilégiés.

De plus, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a répondu à plusieurs demandes de consultation des autres régions sur l'organisation des services, notamment pour la clientèle victime de TCC léger.

Formation et maintien des compétences

La formation des intervenants et le maintien des compétences sont essentiels pour s'assurer d'une intervention de qualité. Le continuum de services en traumatologie sera efficace dans la mesure où toutes les ressources impliquées ont la compétence requise pour poser les gestes dont on s'attend d'eux.

Plusieurs formations sont disponibles et offertes aux intervenants de la région impliqués dans le réseau de traumatologie.

TITRE DE LA FORMATION	INTERVENANTS VISÉS
Intervenir dans le cadre d'un appel d'urgence d'ordre traumatique	Répartiteurs médicaux d'urgence
Mise à jour de la connaissance du réseau préhospitalier et ses offres de services	Répartiteurs médicaux d'urgence
Formation ponctuelle en traumatologie dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics
Advanced Cardiac Life Support	Médecins d'urgence Infirmiers, infirmières
Advanced Trauma Life Support	Médecins d'urgence
Pediatric Advanced Life Support (PEDALS)	Médecins d'urgence
Formation en EDU (échographie au département de l'urgence) SCEDU	Médecins d'urgence
Soins infirmiers d'urgence I et II (UQTR)	Infirmiers et infirmières
Soins infirmiers d'urgence en traumatologie (en collaboration avec le Collège Laflèche)	Infirmiers et infirmières
Mise à jour des soins infirmiers d'urgence en traumatologie (en collaboration avec le Collège Laflèche)	Infirmiers et infirmières
Formation ponctuelle pour la reconnaissance des signes probants et l'application des algorithmes en TCCL	Médecins Infirmiers, infirmières
Colloque régional de traumatologie	Médecins Infirmiers, infirmières CCS Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics
Formations spécifiques selon lacunes observées	Tous les intervenants impliqués en traumatologie

Amélioration continue de la qualité

La perspective de ce nouveau Plan directeur implique un processus d'amélioration continue de la qualité qui soutient les actions des différents maillons du continuum régional de services en traumatologie.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la qualité d'un service est difficile à définir et peut facilement être subjective. Il est donc important de bien définir des indicateurs de performance à chaque étape et de s'assurer que l'évaluation n'est pas seulement rétrospective mais aussi prospective.

L'intention de ce chapitre est de présenter où nous nous situons dans chacun des maillons du continuum de service régional et de présenter nos visées en matière d'amélioration continue de la qualité. Les maillons de la prévention primaire et secondaire ne seront pas discutés, ceux-ci relevant de la Direction de la santé publique. Il est connu cependant que la prévention primaire et secondaire a contribué à une baisse significative du nombre de décès sur les routes.

Services préhospitaliers d'urgence

La chaîne d'intervention préhospitalière comprend plusieurs maillons tel que présenté dans le chapitre sur les services préhospitaliers d'urgence.

Au niveau des centres de communication santé, un programme d'assurance qualité de prise d'appels est en place de façon à s'assurer que les répartiteurs répondent de façon conforme aux protocoles existants.

De plus, un programme d'assurance qualité de la répartition est en place afin d'offrir aux répartiteurs médicaux d'urgence un soutien et un encadrement à ce secteur d'activités. Il est ainsi possible d'améliorer la qualité des services par une approche systémique (technologique, procédurale et humaine).

Un programme d'assurance sommaire de la qualité des premiers répondants est en place à l'Agence. En effet, tous les services de premiers répondants ont le devoir de faire parvenir à l'Agence l'enregistrement des données provenant de leur défibrillateur utilisé lors d'un arrêt cardiorespiratoire. Ces données sont ensuite analysées et une rétroaction est effectuée auprès du service concerné. Cette façon de faire permet aux premiers répondants de corriger immédiatement leurs actions le cas échéant. Ainsi, la qualité du service auprès de la population est maintenue.

Services de santé physique

Depuis 1992, les établissements de la région avec des mandats de traumatologie sont soumis à des visites d'évaluation qui permet de confirmer leur statut de centre de traumatologie ainsi que leur niveau de désignation. De plus, des tableaux de bord issus du Registre de traumatologie du Québec ont été présentés régulièrement au comité régional de traumatologie depuis 2006.

Suite à une étude récente qui visait à évaluer la performance des centres de traumatologie et la nécessité d'avoir recours à une modélisation hiérarchique, des indicateurs de performance ont été dégagés et sont maintenant intégrés au site Web du FECST afin de permettre aux établissements de se comparer.

Au printemps 2012, le comité local de traumatologie du CSSS de Trois-Rivières (CHAUR) a bénéficié d'une présentation des indicateurs de performance ainsi que de son positionnement par rapport aux établissements de même niveau de désignation (secondaire régional). Les éléments de statistiques présentés sont les suivants :

- Distribution selon le sexe et l'âge;
- Comparaison du volume;
- Distribution selon l'ISS;
- Victimes décédées selon les catégories d'ISS;
- Durée moyenne de séjour à l'établissement selon les catégories d'ISS;
- Durée moyenne de séjour aux soins intensifs selon les catégories d'ISS;
- Complications survenues selon le diagnostic pour une période de cinq ans;
- Transferts reçus à l'hôpital;
- Orientation des victimes au congé de l'hôpital.

Les indicateurs de processus opérationnels suivants pour les années 1998-2006 ont été présentés :

IPO 1	transfert des TCC modérés/sévères vers un centre de neurotraumatologie
IPO 2	transfert des patients avec fractures du crâne ouverte ou enfoncée vers un centre de traumatologie
IPO 3	transfert des blessés médullaires vers un centre d'expertise
IPO 4	réduction d'une luxation en deçà de 60 minutes de l'arrivée à l'urgence
IPO 5	protection des voies respiratoires à l'urgence des patients avec GCS > 9
IPO 6	stabilisation externe ou embolisation des fractures pelviennes hémorragiques en deçà de 12 heures de l'arrivée à l'urgence
IPO 7	délai chirurgical pour les fractures ouvertes des os longs en deçà de 6 heures de l'arrivée à l'urgence
IPO 8	délai chirurgical pour un hématome épidural inférieur à une heure de l'arrivée à l'urgence
IPO 9	délai chirurgical pour les fractures du fémur en deçà de 24 heures de l'arrivée à l'urgence
IPO 10	orientation des patients aux soins intensifs ou au bloc opératoire en deçà de 60 minutes de l'arrivée à l'urgence des centres de neurotraumatologie
IPO 11	parmi les décès survenus 1 à 48 heures de l'arrivée, la proportion de ceux qui n'ont pas eu lieu à l'urgence
IPO 12	proportion des séjours à l'urgence inférieurs à 4 heures
IPO 13	laparotomie thérapeutique versus laparotomie blanche
IPO 14	délai chirurgical des blessures abdominales, thoraciques, vasculaires et craniocérébrales \leq 24 heures de l'arrivée à l'urgence
IPO 15	proportion des extubations sans ré-intubation en moins de 48 heures

Finalement, les indicateurs de résultats suivants ont aussi été présentés :

- le taux de mortalité ajusté pour tous les traumatisés;
- le taux de mortalité ajusté pour tous les traumatisés de 65 ans et plus;
- le taux de mortalité ajusté pour les traumatisés avec une ISS > 15;
- le taux de complications ajusté pour tous les traumatisés;
- le taux de complications ajusté pour les traumatisés de 65 ans et plus;
- le taux de complications ajusté pour les traumatisés avec un ISS > 15.

Cette évaluation a permis de confirmer le statut du CSSS de Trois-Rivières (CHAUR) comme centre de traumatologie de niveau secondaire régional. Chaque comité local des trois autres établissements de traumatologie sera rencontré avec les mêmes paramètres. De plus, les

indicateurs sont disponibles sur le site Web du FECST dans la section réservée aux partenaires.

Services de réadaptation spécialisés et clientèles particulières

Le Centre de réadaptation InterVal fait partie des consortiums d'établissements pour toutes les clientèles particulières. Nous regroupons ici les activités d'amélioration continue de la qualité des différents consortiums.

Les personnes victimes de blessures médullaires, les personnes victimes de brûlures graves et les personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence bénéficient de services de centres d'expertise à Montréal ou Québec. Chacun de ces centres d'expertise est responsable de son processus d'amélioration de la qualité. D'ailleurs, chacun de ces centres doit répondre à une matrice d'évaluation précise lors de sa désignation.

Concernant les adultes victimes de TCC modérés ou graves, le consortium régional d'établissements regroupant le CSSS de Trois-Rivières (CHAUR), le Centre de réadaptation InterVal et l'Association TCC MCQ s'est doté d'un plan d'évaluation visant l'amélioration continue de la qualité. Chacun des établissements de ce consortium régional produit aussi un plan annuel d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. De plus, lors des visites d'évaluation du consortium, une matrice d'évaluation identifie les indicateurs de structure, de processus et de résultats devant être rencontrés par le consortium. De façon statutaire, le consortium produit une analyse annuelle du cheminement de la clientèle régionale permettant de s'assurer de la conformité de certains indicateurs de processus au regard des corridors de service établis.

Concernant les enfants/adolescents victimes de TCC modérés ou graves, le consortium interrégional de l'Ouest s'est doté d'un comité d'évaluation ainsi que d'un plan d'évaluation. Le Centre de réadaptation InterVal et l'ASSS MCQ participe activement au comité d'évaluation et aux activités en découlant. Lors des visites d'évaluation, le consortium devra répondre aux exigences de la matrice comprenant les indicateurs de structure, de processus et de résultats. Comme le consortium régional adulte, une analyse annuelle du cheminement de la clientèle interrégionale et régionale permet de s'assurer de la conformité de certains indicateurs de processus au regard des corridors de service établis.

Finalement concernant les personnes victimes de TCC léger, un rapport annuel compilant les indicateurs reliés aux données épidémiologiques est produit.

Plan d'action régional en traumatologie 2012-2017 Mauricie et Centre-du-Québec

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Mécanismes de concertation en traumatologie				
<ul style="list-style-type: none"> • Comité régional de traumatologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir le comité régional de traumatologie en opération 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres prévues 4 fois/année 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres annuelles • Degré de participation des membres 	Agence Établissement Participants	Continu
<ul style="list-style-type: none"> • Comités locaux de traumatologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les comités locaux de traumatologie en opération ○ Transmettre les procès-verbaux des comités locaux de traumatologie à l'Agence et au site WEB du FECST 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres à fréquences variables selon les établissements • Transmission des PV par chaque établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de comités locaux • Nombre de rencontres annuelles par établissement • Nombre de procès-verbaux remis 	Établissements	Continu
Continuum de services en traumatologie				
Services de promotion et de prévention 0-5 ans <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents notamment les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse RAPPID + remise durant la vaccination de 6 mois et aux familles suivies dans les SIPPE 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action régional de santé publique (PARSP) 2009-2012 	CSSS Direction de santé publique (DSP) de l'Agence	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfant dans les voitures 	<ul style="list-style-type: none"> Distribution du feuillet et du signet promotionnel du projet Cliniques d'information 	<p>Outils distribués</p> <p>Cliniques d'information tenues</p>	<p>Direction de santé publique (DSP) de l'Agence</p> <p>CSSS SAAQ</p> <p>CAA-Québec</p>	<p>Continu</p> <p>31 mars 2014</p>
<ul style="list-style-type: none"> Prévenir le syndrome du bébé secoué (maltraitance) 	<ul style="list-style-type: none"> Formations dans le cadre du Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué 	<p>Nombre de formations dispensées</p>	<p>CHU Ste-Justine</p> <p>CH</p> <p>CSSS</p> <p>Direction de santé publique de l'Agence</p>	<p>31 mars 2012</p>
<p>6-17 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux des municipalités et des écoles 	<ul style="list-style-type: none"> Programme École active de Kino-Québec via un soutien financier Promotion du guide : « Ma cour, un monde de plaisir » 	<p>PARSP 2009-2012</p>	<p>Direction de santé publique (DSP) de l'Agence</p>	<p>Selon l'échéancier du Plan national de santé publique</p>
<ul style="list-style-type: none"> Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'information auprès de la population Développer un partenariat pour la diffusion des messages de la prévention et de la promotion 	<p>Informations disponibles sur le site Web de l'Agence</p> <p>Mise en place d'une campagne sociétale</p>	<p>Direction de santé publique (DSP) de l'Agence</p> <p>Société de sauvetage</p> <p>Municipalités</p>	<p>Selon l'échéancier du Plan régional de surveillance de l'état de santé de la population</p>
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés 	<ul style="list-style-type: none"> Séance d'information (Programme Kino-Québec) Activité de formation 	<p>PARSP 2009-2012</p>	<p>MELS</p> <p>Direction de santé publique (DSP) de l'Agence</p>	<p>Selon l'échéancier du Plan national de santé publique</p>

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	<p>régionaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promotion 2. Facteurs de protection 3. Promotion et facteur de protection pour les gestionnaires de résidences privées pour personnes âgées (aménagement sécuritaire de l'environnement) <ul style="list-style-type: none"> • Participation au développement d'outils régionaux de promotion et d'intervention • Réalisation de la campagne régionale de promotion du Service de prévention des chutes • Participation à l'organisation de la Journée reconnaissance pour les bénévoles 			
<p>Mesures multifactorielles de prévention des chutes – volet non personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le Programme intégré d'équilibre dynamique, P.I.E.D., pour les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et qui sont préoccupées par les chutes ou par 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la formation des intervenants des CSSS • Participation au développement d'outils régionaux de promotion • Réalisation de la 	<p>PARSP 2009-2012</p>	<p>Direction de santé publique de l'ASSS</p> <p>CSSS</p>	<p>Continu</p>

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
leur équilibre	campagne régionale de promotion du Service de prévention des chutes			
Mesures multifactorielles de prévention des chutes – volet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> Participation à la réalisation d'un projet pilote d'implantation avec le CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska Organisation de rencontres avec les gestionnaires (directeurs, chefs de programme) concernés pour déterminer les modalités d'implantation Organisation de la formation des intervenants et gestionnaires des CSSS 	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique de l'ASSS CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska Direction de santé publique de l'ASSS CSSS Direction de santé publique de l'ASSS CSSS	2009-2011 2010-2011 2011-2012
Services préhospitaliers d'urgence				
<ul style="list-style-type: none"> S'assurer du renouvellement des protocoles d'entente entre le CCS et les centres primaires 911 	<ul style="list-style-type: none"> Renouvellement des ententes 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de protocoles d'entente signés 	Agence CCS Centres 911	Continu
<ul style="list-style-type: none"> S'assurer du renouvellement de l'accréditation du CCS comme centre excellence 	<ul style="list-style-type: none"> Supporter la démarche de renouvellement 	<ul style="list-style-type: none"> Accréditation reçue 	CCSMCQ	Continu
<ul style="list-style-type: none"> Implanter des tablettes PC informatisées dans les véhicules ambulanciers 	<ul style="list-style-type: none"> Travailler en collaboration avec le bureau de projets de l'Agence pour l'élaboration du projet Rencontre des 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de tablettes implantées Tenue de rencontres 	Agence CCS Comité régional de	31 mars 2016

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	partenaires impliqués • Soutenir le CCS et les entreprises ambulancières dans les différentes démarches de réalisation	entre les partenaires impliqués	traumatologie Entreprises ambulancières Technocentre Firme informatique privée (SYM)	
• Améliorer la qualité de la gestion de flotte ambulancière de la Mauricie et du Centre-du-Québec	• Développer un programme d'assurance qualité de la répartition	• Avoir cartographié l'ensemble du processus de répartition • Production de normes et procédures pour l'ensemble du processus de répartition • Développement des outils nécessaires à l'évaluation des événements • Développement des outils nécessaires à l'amélioration des pratiques • Mise en place de l'assurance qualité répartition	• CCSMCQ	• 31 mars 2017
• Consolider les équipes de premiers répondants existantes	• S'assurer de la mise à jour des compétences des premiers répondants en place	• Nombre de premiers répondants ayant reçu des mises à jour • Nombre d'interventions	Agence Municipalités	Continu
• Supporter les municipalités dans le développement de nouveaux services de premiers répondants	• Offrir le support nécessaire aux municipalités : formation (niveau 2) et support financier	• Nombre de nouvelles municipalités accréditées • Nombre de formations de niveau 2 offertes	Agence Municipalités	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
		<ul style="list-style-type: none"> • Support financier alloué 		
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la coordination de tous les acteurs du préhospitalier dans la région du Haut-Saint-Maurice 	<ul style="list-style-type: none"> • Susciter des rencontres des acteurs concernés • Développer un système de points de rencontre pour la prise en charge des usagers dans les TNO 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres réalisées • Nombre de points de rencontre développés 	Agence CSSS Haut-Saint-Maurice CCS Premiers répondants	Bi-annuel 31 mars 2015
<ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'assurance qualité pour les premiers répondants 	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser tous les cas d'ACR • Réviser l'ensemble des protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas révisés 	Agence Municipalités	Annuel
<ul style="list-style-type: none"> • Consolider le programme d'assurance qualité pour les techniciens ambulanciers paramédics et assurer la formation continue 	Ambulanciers : <ul style="list-style-type: none"> • Révision de tous les cas de traumatismes majeurs • Formation en traumatologie • Rétroaction personnalisée sur les dossiers évalués et formations d'appoint si nécessaire • Coaching en entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas révisés • Nombre de techniciens ambulanciers formés • Nombre de rétroactions • Nombre de rencontres 	Agence Entreprises ambulancières	Continu
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la présence de l'IPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des ambulanciers à l'importance de la mesure de l'IPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du nombre d'IPT absent lors de la révision des dossiers soumis à la révision 	Agence Comité régional de traumatologie	Continu
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'émission d'une préalerte au centre de traumatologie receveur 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des ambulanciers à l'importance de la préalerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de préalerte effectuée 	Agence Comité régional de traumatologie	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> Analyser la charge de travail des techniciens ambulanciers paramédics et prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser l'analyse de la charge de travail Effectuer les demandes de priorisation au MSSS 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse effectuée Ratio de demandes de priorisation acceptées 	<p>Agence</p> <p>MSSS</p>	Continu
<ul style="list-style-type: none"> Vérifier l'efficacité des mesures du découpage géographique concernant les victimes de neuro-traumatisme 	<ul style="list-style-type: none"> Développer des indicateurs de suivis S'assurer que les établissements de la région se conforme au protocole « Formule 1 » Appliquer l'algorithme provincial selon la position de l'INESS 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'indicateurs développés Nombre de protocoles non respectés Recommandation appliquée 	<p>Agence</p> <p>Entreprises ambulancières</p> <p>CCSMCQ</p> <p>CSSSTR-CHAUR</p>	31 ars 2013
<p>Services de santé physique</p> <ul style="list-style-type: none"> Compléter la signature de l'entente pour les victimes de blessures médullaires 	<ul style="list-style-type: none"> Finaliser l'entente entre le CSSSTR-CHAUR et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal 	<ul style="list-style-type: none"> Signature de l'entente 	<p>CSSSTR-CHAUR</p> <p>Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal</p>	31 mars 2013
<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour les documents déposés sur le site Web du FECST 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour des documents requis 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'établissements qui ont complété la démarche 	<p>Agence</p> <p>Établissements</p>	Continu
<ul style="list-style-type: none"> Analyser la charge de travail inhérente à la saisie de données du SIRTQ 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser l'analyse de la charge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse effectuée 	<p>Agence</p> <p>Établissements</p>	31 mars 2013
<ul style="list-style-type: none"> Analyser les tableaux de bord issus du SIRTQ 	<ul style="list-style-type: none"> Dépôt de tableaux de bord au comité régional 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de tableau de bord déposés 	<p>Agence</p>	Continu
<ul style="list-style-type: none"> Amorcer une réflexion régionale en vue d'en arriver à une meilleure uniformité régionale des outils technologiques 	<ul style="list-style-type: none"> Discussion au comité régional de traumatologie Effectuer l'inventaire des outils disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Inventaire effectué 	<p>Agence</p> <p>Établissements</p>	31 mars 2015

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une banque de données des matières dangereuses présentes dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion au comité régional • Effectuer l'inventaire des matières dangereuses présentes dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire effectué 	Agence CSSS Ministère du Développement durable, Environnement, Faune et Parcs	31 mars 2017
Services de réadaptation spécialisée <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une meilleure connaissance des services offerts par le programme de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation aux partenaires des services offerts 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de présentations effectuées 	CR InterVal Établissements IRDPQ IRGLM	31 mars 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la révision des ententes de collaboration signées dans la première démarche 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres avec les établissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'ententes de collaboration révisées par année 	CR InterVal Établissements	Continu
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une application harmonieuse de l'entente de services de réadaptation avec la SAAQ 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la circulaire 2009-06 est appliquée dans la région • Soutenir le CR InterVal et le CSSSTR-CHAUR dans l'application de l'entente • Documenter les problèmes d'application 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec les partenaires • Reddition de compte réalisée 	CR InterVal CSSSTR-CHAUR Agence MSSS	Selon l'échéancier ministériel

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Services de maintien dans le milieu de vie <ul style="list-style-type: none"> • Compléter la mise en place de la ressource d'hébergement de type communautaire pour la clientèle TCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'évolution du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressource d'hébergement en place 	Agence CSSS de Trois-Rivières	31 mars 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer à la mise en place de mesures de maintien des acquis pour la clientèle victime de traumatismes graves • Assurer la participation des CSSS à la structure du consortium régional pour la clientèle adulte ayant subi un TCC modéré ou grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la tenue d'une rencontre d'information auprès des CSSS • Définition des modalités de participation des CSSS à la structure du consortium régional pour la clientèle adulte ayant subi un TCC modéré ou grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres réalisées • Modalités de participation définies 	Agence Comité de coordination du consortium TCC modéré ou grave adulte	31 mars 2015 31 mars 2016
Les clientèles particulières <ul style="list-style-type: none"> • Blessure médullaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Compléter la signature du protocole de retour dans la région entre les établissements et le Centre d'expertise de l'Ouest pour les victimes de blessures médullaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre des partenaires impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole d'entente signé 	Agence CSSS CSSSTR-CHAUR CR InterVal CEVBM	31 mars 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Brûlure grave <ul style="list-style-type: none"> ○ Compléter les formations des établissements de traumatologie régionaux par le Centre d'expertise de l'Est du Québec pour victime de brûlures graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarches avec le CE de l'Est pour l'organisation des formations 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissements ayant reçu la formation 	Comité régional de traumatologie Établissements CEVBG	31 mars 2017

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme craniocérébral modéré et grave – adultes ○ Actualiser le Plan d'action 2012-2015 du consortium régional des établissements offrant des services à la clientèle TCCMG adulte ○ Compléter une analyse régionale du cheminement de la clientèle selon les corridors de services établis 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la réalisation des objectifs retenus • Extraction de données du SIRTQ • Réalisation d'un tableau de bord régional 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel du plan d'action • Analyse régionale complétée 	<p style="text-align: center;">Agence CSSSTR-CHAUR CR InterVal Association TCC Agence CSSSTR-CHAUR CR InterVal Association TCC</p>	<p style="text-align: center;">Annuellement au 31 mars Annuellement</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme craniocérébral modéré et grave – enfants et adolescents ○ Actualiser le Plan d'action régional 2011-2014 du Consortium de l'Ouest pour les enfants et adolescents TCCMG ○ Maintenir la participation aux différents comités du Consortium de l'Ouest pour les enfants et adolescents TCCMG 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la réalisation des objectifs retenus • Participation aux comités stratégiques, directeurs, de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel du plan d'action • Nombre de rencontres par comité 	<p style="text-align: center;">Agence CR InterVal Consortium interrégional de l'Ouest du Québec Agence CR InterVal Consortium interrégional de l'Ouest du Québec</p>	<p style="text-align: center;">Annuellement Continu</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer le suivi du cheminement de la clientèle régionale selon les corridors de services établis 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données de cheminement de clientèle 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel du cheminement régional 	<p style="text-align: center;">Comité régional de traumatologie</p>	<p style="text-align: center;">Annuellement</p>

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> ○ Réviser le protocole d'entente régional entre les partenaires du corridor Montréal–Mauricie et Centre-du-Québec 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre des partenaires impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole d'entente révisé 	Comité conjoint du corridor interrégional	30 juin 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme craniocérébral léger <ul style="list-style-type: none"> ○ Atteindre la cible de 300/100 000 ○ Actualiser le Plan d'action régional concernant la clientèle victime de TCCL 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser la phase 3 du Plan d'implantation de l'architecture régionale • Participer à la réalisation des objectifs retenus 	<ul style="list-style-type: none"> • Cible atteinte • Phase 3 réalisée <ul style="list-style-type: none"> ○ Milieux sportifs • Bilan annuel du Plan d'action régional déposé 	Comité de travail TCC léger Comité régional de traumatologie	30 juin 2017 Annuellement
<ul style="list-style-type: none"> • Réimplantation microchirurgicale d'urgence <ul style="list-style-type: none"> ○ Actualiser les protocoles de transferts entre les établissements régionaux et le centre d'expertise suite à la désignation ministérielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre des partenaires impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles d'entente signés 	Établissements Agence Centre d'expertise	Selon l'échéancier du centre d'expertise
<ul style="list-style-type: none"> • Blessures orthopédiques graves <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir une architecture de prise en charge des personnes victimes de blessures orthopédiques graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les caractéristiques de la clientèle • Définir les corridors de services nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques définies • Corridors de services définis 	Établissements Agence Centre d'expertise	31 mars 2017
Formation et maintien des compétences <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer à l'organisation d'un colloque régional en traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'organisation du colloque 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue d'un colloque régional 	CSSSTR–CHAUR	Annuellement

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des comités locaux de traumatologie pour assurer la participation des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de participants par établissement 	Agence Établissements	
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le maintien des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispenser la formation aux RMU dans le cadre d'un appel d'urgence d'ordre traumatique • Mise à jour de la connaissance des RMU en regard du réseau préhospitalier et ses offres de services • Dispenser les formations d'appoint (arrêt cardiorespiratoire cardiaque enfant – adulte) • Finaliser les formations des établissements sur les victimes de brûlures graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de participants • Nombre de participants • Nombre d'établissements ayant reçu la formation 	CCSMCQ Agence Comité régional de traumatologie Centre d'expertise de l'Est Établissements régionaux	31 mars 2017 Annuellement 31 décembre 2017

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le cheminement des clientèles victimes de traumatismes permette de répondre à ses besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de cas au comité régional de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas présentés au comité régional de traumatologie 	Comité régional de traumatologie	Continu
<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des activités d'évaluation de programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Production de tableaux de bord annuels • Production d'analyse de cheminement de clientèles à partir des données SIRTQ • Production de tableaux de suivis des corridors de transferts en traumatologie • Production d'un portrait des victimes de traumatismes routiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux produits et présentés au comité régional de traumatologie • Analyse produite et déposée • Tableaux produits et déposés au comité régional de traumatologie • Portrait régional produit 	Comité régional de traumatologie	Annuellement Annuellement Biannuellement 31 mars 2010

Annexe 1

Composition du comité régional de traumatologie

D ^{re} Julie Thibeault, urgentologue	CSSS Drummond
M ^{me} Suzanne Ruel, infirmière chef services ambulatoires – UIB	CSSS Drummond
M ^{me} Andrée Brûlé, coordonnatrice de l'urgence	CSSSHSM
M. Marcel Rheault, coordonnateur urgence et programme de traumatologie	CSSSTR
D ^{re} Valérie Juneau, urgentologue	CSSSTR
D ^{re} Audrey Garceau, urgentologue	CSSSTR
M ^{me} Diane Labrie , coordonnatrice du service d'urgence	CSSSAÉ
M. Serge Luneau, technicien ambulancier paramédic	CSSSAÉ
M. Dominic St-Arnaud, coordonnateur des opérations	CCSMCQ
M. Jean-François Lupien, responsable régional du programme de traumatologie	ASSSMCQ
D ^r Claude Champagne, urgentologue	CSSSAÉ
D ^{re} Josée Fortier, physiatre	CSSSTR et CR InterVal
M ^{me} Ninette Lavoie, chef du programme en traumatologie	CR InterVal
M ^{me} Martine Morin, directrice des services de réadaptation	CR Interval
M ^{me} Nathalie Cauchon, chef de service en promotion/Prévention	ASSSMCQ
M ^{me} Lorraine Croteau, chef de service des Services préhospitaliers d'urgence et de traumatologie	ASSSMCQ
D ^r François Parent, directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence et traumatologie	ASSSMCQ

Annexe 2

Composition des comités locaux de traumatologie

CSSS du Haut-Saint-Maurice

Comité local de traumatologie

Présidente	M ^{me} Andrée Brûlé
Directeur des services professionnels	D ^r Claude Bouchard
Directeur général	M. Rémy Beaudoin
Anesthésiologiste-réanimateur	D ^r Nizar Errouissi
Médecin chef de l'urgence	D ^r Marc-André Lacombe
Coordonnatrice de l'urgence	M ^{me} Andrée Brûlé
Responsable du service préhospitalier d'urgence	M. Yvan Frenette
Représentant du service de réadaptation	M. Gilles Cinq-Mars
Chef d'équipe inhalothérapie	M ^{me} Dominique Rompré
Coordonnateur en radiologie	M. Marcel Beaulieu
Assistante-chef technicienne du laboratoire	M ^{me} Luce Fontaine
Coordonnatrice et représentante aux archives médicales	M ^{me} Odette Gélinas
Infirmière urgence	M ^{me} Nathalie Laperrière
Représentante unité médecine/chirurgie, soins optima	M ^{me} Dominique Fraser
Représentante bloc opératoire	M ^{me} Renée-Claude Girard
Représentante services psychosociaux	M ^{me} Ritane Duchesneau
Tech. adm. liste de rappel ressources humaines	M ^{me} Julie Adams
	M ^{me} Kim Riberdy

Sous-comité « Analyse des dossiers »

Conseillère clinique et coordonnatrice de l'urgence	M ^{me} Andrée Brûlé
Responsable du service préhospitalier d'urgence	M. Yvan Frenette
Archiviste médicale	M ^{me} Nathalie Laperrière
Chef archiviste médicale	M ^{me} Odette Gélinas
Directeur des services professionnels	D ^r Claude Bouchard
Anesthésiologiste-réanimateur	D ^r Nizar Errouissi
Chef d'équipe inhalothérapie	M ^{me} Dominique Rompré
Infirmière urgence	M ^{me} Dominique Fraser

CSSS Trois-Rivières (CHAUR)

Le comité local de traumatologie se partage entre deux comités distincts depuis janvier 2004 afin de favoriser la participation optimale des médecins.

Comité de gestion médicale

Co-présidente du comité	D ^{re} Audrey Garceau
Co-présidente du comité	D ^{re} Valérie Juneau
Coordonnateur urgence et programme de traumatologie	M. Marcel Rheault
Urgentologue et adjoint au DAMSP	D ^r Olivier Roy
Urgentologue	D ^r Samuel Rioux
Urgentologue	D ^r David Milette
Chef du service de chirurgie maxillo-faciale	D ^r Max Miller
Service de chirurgie orthopédique	D ^r Marc Antoniadès
Interniste-intensiviste	D ^{re} Marie-Josée Bériault
Service d'anesthésiologie	D ^r Sylvain Lessard
Service de neurochirurgie	D ^{re} Cathy Gendron
Service de chirurgie	D ^r Martin Lamy
Service de pédiatrie	D ^r David Fecteau
Service de radiologie	D ^r Luc Grondin
Physiatrie, représentante du post-hospitalier	D ^{re} Josée Fortier
Service d'oto-rhino-laryngologie	D ^{re} Laila Amrami
Service de chirurgie plastique	D ^r G. Emmanuel Salib
Service des archives	M ^{me} Lucie Cossette

Comité de gestion clinique

Co-présidente du comité	D ^{re} Audrey Garceau
Co-présidente du comité	D ^{re} Valérie Juneau
Coordonnateur urgence et programme de traumatologie	M. Marcel Rheault
Urgentologue et adjoint au DAMSP	D ^r Olivier Roy
Chef de service des soins intensifs	M ^{me} Hélène Laurent
Représentante des conseillères clinique spécialisée	M ^{me} Nathalie Thiffault
Coordonnatrice du secteur opératoire-bloc opératoire	M ^{me} Hélène Tremblay
Chef de service de l'urgence	M. Denis Larivée
Chef de service du PAMF et réadaptation	M ^{me} Chistine Bertrand
Chef de service chirurgie-orthopédie	M ^{me} Natacha Bolduc
Chef de service neurochirurgie	M ^{me} Ann Eaton
Service des archives	M ^{me} Lucie Cossette
Services préhospitaliers d'urgence	M. Michel Champoux
Représentant du Centre de communication santé	M. Dominic St-Arnaud

CSSS Drummond

Comité local de traumatologie

Présidente du comité de traumatologie	D ^{re} Julie Thibault
Responsable médical service d'urgence	D ^f François Champagne
Directrice du programme de santé physique	M ^{me} Nathalie Boisvert
Chef de service des services ambulatoires - UIB	M ^{me} Suzanne Ruel
Infirmière chef soins intensifs et de l'hémodialyse	M ^{me} Claudia Biron
Infirmier chef unité de chirurgie 5 ^e	M. Michel Béland
Adjoint au DSPH	M. André Allard
Chef du département d'anesthésie-réanimation	D ^f Bruno Robert
Chef du département de médecine générale	D ^f Gauthier Bastien
Chef du service accueil, archives et admission	M ^{me} Trudy Ruel
Archiviste	M ^{me} Francine Boisclair
Assistant infirmier chef aux Services ambulatoires	M. Stéphane Timmons
Infirmière, coordonnatrice	M ^{me} Suzanne Bédard
Coordonnateur préhospitalier, Ambulances Drummondville	M. François Lamothe
Chirurgienne	D ^{re} Joyaube Chapdelaine
Chef du département de chirurgie	D ^f Jean-Martin Turgeon
Chef du service d'orthopédie	D ^f Michel Camiré
Chef du département de médecine interne	D ^f Daniel Carrier
Infirmière chef bloc opératoire	M ^{me} Andrée Lapierre
Chef service d'imagerie médicale	M ^{me} Isabelle Tremblay
Chef service de biologie médicale	M. Stéphane Lemire
Assistante-chef laboratoire regroupé	M ^{me} Sylvie Roberge
Radiologiste	D ^{re} Julie Laporte
Omnipraticienne	D ^{re} Sophie Courchesne
DSPH	D ^f Luc Gilbert
Chef des services professionnels	M ^{me} Manon Lambert

Comité restreint

Présidente du comité de traumatologie	D ^{re} Julie Thibault
Responsable médical service d'urgence	D ^f François Champagne
Chirurgienne	D ^{re} Joyaube Chapdeleine
Infirmière chef services ambulatoires - UIB	M ^{me} Suzanne Ruel
Assistante-chef laboratoire regroupé	M ^{me} Sylvie Roberge
Assistant infirmier chef service d'urgence	M. Stéphane Timmons
Chef service d'imagerie médicale	M ^{me} Isabelle Tremblay
Radiologiste	D ^{re} Julie Laporte

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Comité local de traumatologie

Responsable du comité

Urgentologue

Urgentologue

Coordonnatrice du service d'urgence

Orthopédiste

Anesthésiste

Infirmière au service d'urgence

Chirurgien général

Radiologiste

Archives médicales

D^r André Nadeau

D^r Claude Champagne

D^r André Bélanger

M^{me} Diane Labrie

D^{re} Janie Lamontagne

D^r Daniel Fugère

M^{me} Sylvianne Morin

D^r Yves Lévesque

D^r Mathieu Quevillon

M^{me} Guylaine Poisson

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, *Service de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile : Orientations et cadre de référence*, 2005, 14 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec*, 2004, 89 pages.

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Continuum de services en traumatologie*, Gouvernement du Québec, www.fecst.gouv.qc.ca, 2009.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile : Bilan après deux années de régionalisation*, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Serge Nadeau, 2006, 33 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Plan d'action régional en santé publique 2009-2012, Mauricie et Centre-du-Québec*, Direction de santé publique, 2008, 100 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, 2012.

Centre de réadaptation InterVal, *Un CRDP en évolution II, Orientations stratégiques 2012-2015*, juin 2012

COMITÉ INTERSECTORIEL SUR LA SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE, *Sécurité dans les milieux de vie : Guide à l'intention des municipalités du Québec*, avril 1999, 109 pages.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Rapports des visites d'évaluation des centres de traumatologie de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 1992-1993, 1993 et 2003.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports des visites d'évaluation des établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave adulte*, 1999.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports des visites d'évaluation des établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral*, 1999.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports de la visite d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave adulte*, 2002 et 2006.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports de la visite d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant*

subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave enfants/adolescents, Consortium interrégional de l'ouest du Québec, 2006 et 2008.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, données mises à jour en mars 2012.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, *Continuum de services en traumatologie*, Gouvernement du Québec, www.fecst.inesss.qc.ca, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 25 novembre 2004, 7 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les mécanismes de concertation en traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 21 août 2001, 34 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Partage des responsabilités entre les organisations faisant partie du réseau de services de traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 16 janvier 2003, 21 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Urgences préhospitalières – un système à mettre en place, Sommaire exécutif*, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2000, 55 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008*, Direction générale en santé publique, Gouvernement du Québec, 2008, 98 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2004, 61 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de périnatalité 2008-2018*, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2008, 149 pages.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Registre des traumatismes du Québec : Évaluation du programme de traumatologie du Québec, 2007-2008 à 2009-2010*.

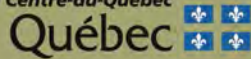
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Système d'information du registre des traumatismes du Québec : Évaluation du programme de traumatologie du Québec, 2010-2011*.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Bilan routier 2011 : accidents, parc automobile, permis de conduire*, 2011, 213 pages.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Enquête 2008 sur le port du casque de sécurité*, novembre 2008, 35 pages.



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



CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencess04.qc.ca