

pré-hospitalaire
d'urgence
hospitalisation
adaptation

Plan directeur régional
en **traumatologie**
2006-2009



traumatologie

pré-hospitalier
d'urgence
hospitalisation
adaptation

Plan directeur régional
en **traumatologie**
2006-2009



traumatologie

Ce plan directeur régional en traumatologie
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

Michel Gervais, directeur des services de santé
et des affaires médicales
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Soutien à la coordination des travaux

Gilles Hudon, coordonnateur des services préhospitaliers
d'urgence et traumatologie
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Rédaction

Suzanne Bouillé, conseillère

Correction et mise en page

Suzanne Blais

Conception graphique de la page couverture

Acolyte Communication

Dépôt légal 4^{ième} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-143-0

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

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

27e assemblée du conseil d'administration

Date : 23 mai 2007

Article : CAAD-26-05

Résolution : CAAD-07-17

RÉSOLUTION relative à l'adoption du plan directeur régional en traumatologie 2006-2009

CONSIDÉRANT la demande du MSSS aux agences d'élaborer un plan directeur régional en traumatologie ;

CONSIDÉRANT que le plan directeur régional s'inscrit à l'intérieur du continuum élargi de services en traumatologie ;

CONSIDÉRANT le rôle important du comité régional de traumatologie dans l'élaboration du plan directeur régional, et conséquemment dans son implantation et son suivi ;

CONSIDÉRANT le plan directeur régional qui reflète l'augmentation des transferts entre les établissements de la rive sud (CSSS Drummond et CSSS d'Arthabaska-Érable) et le CHRTR, d'où une rétention importante de la clientèle régionale et un maintien de l'expertise ;

CONSIDÉRANT que le plan directeur régional a été validé et approuvé par le comité régional de traumatologie et les directeurs des services professionnels des établissements désignés en traumatologie (CSSS du Haut-Saint-Maurice, CHRTR, CSSS Drummond et CSSS d'Arthabaska-Érable) ;

CONSIDÉRANT que le plan directeur régional a été transmis au Groupe-conseil en traumatologie et des recommandations mineures ont été émises ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée:

1. D'adopter le plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 en incluant les recommandations mineures émises par le Groupe-conseil en traumatologie.
2. De transmettre le plan directeur au MSSS.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,



Fait à Trois-Rivières
Le 24 mai 2007

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	9
PRÉAMBULE	11
INTRODUCTION.....	13
HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE RÉGIONALE	15
PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION	17
La région	17
La population.....	17
INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES	19
Registre des traumatismes.....	19
Traumatismes de la route.....	22
Port du casque de sécurité chez les cyclistes.....	23
MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE	25
Comité provincial de traumatologie	25
Comité régional de traumatologie	26
Comités locaux de traumatologie	27
CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE	29
SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION	33
Sécurité routière	33
Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile.....	34
Prévention de la sécurité lors d'activités récréatives et de loisirs	34
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	37
Premiers intervenants	37
Centres 911	38
Centres de communication santé	38
Premiers répondants	38
Services ambulanciers	39
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE) .	41
Corridors de services	41
Transport ambulanciers de certains neurotraumatisés	41
Nombre et provenance des transferts reçus au CHRTR.....	42
Registre des traumatismes.....	42
Effectifs médicaux en neurochirurgie	42
Repérage de la clientèle traumatisée.....	42
Clientèle TCC et mesure de Glasgow à l'urgence	43
Réadaptation précoce	43
Système informatisé en traumatologie	43

SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS	45
SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE	47
Services de réadaptation de première ligne	47
Organismes communautaires	47
Services de soutien à domicile et services psychosociaux	48
Programmes d'adaptation du domicile	48
Services d'hébergement	49
LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	51
FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	55
PLAN D'ACTION RÉGIONAL.....	57
Monitoring, suivi de gestion et évaluation des résultats	57
ANNEXE 1 COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE.....	63
ANNEXE 2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE VISITES 2003.....	69
BIBLIOGRAPHIE	73

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ACT	Fondation des soins avancés en urgence coronarienne du Canada
AIS	Abreviated Injury Scale
ATCC	Association des traumatisés craniocérébraux
BM	Blessure médullaire
CCS	Centre de communication santé
CECII	Comité exécutif Conseil des infirmiers et infirmières
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FECST	Fonctions évaluatives du Continuum de services en traumatologie
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRM	Institut de réadaptation de Montréal
MADPH	Maintien à domicile des personnes handicapées
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAEMD	National Academy of Emergency Medical Dispatch
NEGS	Naître égaux et Grandir en santé
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 cardio-respiratoire
RNI	Ressources non institutionnelles
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIMAD	Services intensifs de soutien à domicile
SIT	Système informatisé en traumatologie
TCC	Traumatisme craniocérébral
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

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 dans 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 à l'intérieur de la région et, avec des ententes extra-régionales, à l'extérieur lorsque les services spécialisés ne sont pas disponibles.

Pour la région, la clientèle de chacun des territoires de CSSS, particulièrement ceux avec un mandat hospitalier respectent les exigences d'un réseau de traumatologie. Depuis 2000-2001, plusieurs efforts ont été consentis afin d'améliorer le nombre de transferts interrégionaux, particulièrement des régions de Victoriaville et de Drummondville. Les chiffres présentés dans ce document démontrent que ces efforts ont donnés les résultats escomptés et que les transferts de ces établissements se font maintenant majoritairement vers le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. La région peut maintenant confirmer une bonne rétention de sa clientèle.

Le présent document vise à démontrer les efforts faits depuis les dernières 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

En décembre 2003, le gouvernement du Québec a adopté le projet de loi 25 qui a donné le coup d'envoi à une réorganisation majeure du réseau québécois de la santé et des services sociaux. C'est en janvier 2004 que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a proposé au gouvernement un modèle d'organisation prévoyant huit centres de santé et de services sociaux, cinq établissements à mission régionale et deux CHSLD conventionnés privés. Les protocoles d'ententes de collaboration entre les CSSS et les autres partenaires de la chaîne de services permettent de baliser les responsabilités de chacun dans la prestation de services. Dans ce contexte, s'inscrit le réseau régional de traumatologie.

Le but ultime du Programme québécois de traumatologie est de permettre la « mise en place de services efficaces et efficients, qui s'étendraient 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. »

Conséquemment, l'Agence doit « élaborer et mettre en place, conformément aux conditions déterminées par le Ministère, un plan directeur en traumatologie (en aval et en amont, y compris la réadaptation), qui comprend notamment l'établissement de corridors de services ». L'Agence prévoit déposer le plan directeur régional de traumatologie d'ici le 31 octobre 2006.

En ce sens, le plan directeur régional en traumatologie permettra l'adaptation des programmes services aux nouvelles réalités du réseau et fera la promotion des services qu'il comprend. Cet outil favorisera la mobilisation des diverses parties impliquées et deviendra un outil efficace en permettant de regrouper les actions nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services aux personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être.

Le plan directeur a été élaboré avec la collaboration du Comité régional de traumatologie et des principaux acteurs du réseau régional de traumatologie. Il est 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 2009. Il répond donc à la cible du Ministère apparaissant dans les attentes administratives convenues entre les agences et le Ministère pour l'année 2004-2005.

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, évalué, 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 comme 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 CHRTR 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-Érable comme centre secondaire;
- maintien du CHRTR 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-Érable

⁶ Aujourd'hui nommé Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

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 servira à l'évaluation du Groupe-conseil en traumatologie en vue du renouvellement des désignations en traumatologie. Les établissements qui ont, à l'heure actuelle, un maintien conditionnel de leur désignation (CSSS du Haut-Saint-Maurice et CSSS d'Arthabaska-Érable) recevront leur désignation à partir de cette évaluation. Cependant, le CSSS du Haut-Saint-Maurice a, à ce jour, rencontré toutes les exigences matricielles permettant sa désignation comme centre primaire de traumatologie.

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

En 2006, 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 et sévère. Le Centre de réadaptation InterVal fait partie de ce consortium.

De plus, le MSSS a désigné en 1997 deux centres d'expertise pour la clientèle ayant subi une blessure médullaire, un à l'est (CHA Enfant-Jésus-IRD PQ) et un à l'ouest (HSCM-IRM-CRLB). Le CR InterVal a été reconnu comme établissement offrant des services de RFI externes et de RAIS pour cette clientèle.

Finalement, une démarche est actuellement en cours afin de désigner la trajectoire de services pour les personnes ayant subi des brûlures graves en lien avec les centres d'expertise désignés par le MSSS.

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 feront l'objet d'objectifs dans le plan directeur.

PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION

La région

La région administrative 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 plus peuplée du Québec avec 487 934⁷ personnes en 2005. La population du Centre-du-Québec est estimée à 226 856 personnes, soit 47 % de la population et celle de la Mauricie est estimée à 260 078 personnes, soit 53 % de la population.

D'autre part, 1 % de la population est autochtone (5 200 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 quelque 20 % de la population de ce district sociosanitaire.

La croissance démographique de la région est limitée. La population ne s'est accrue que de 1,5 % depuis les dix dernières années comparativement à 4 % pour le Québec. On note aussi un vieillissement accéléré de la population. Le nombre de personnes de 65 ans et plus s'élève à 79 150 en 2006 et représente 16 % de la population comparativement à 14 % pour le Québec. Dans 10 ans, elles représenteront près de 22 % (18 % pour le Québec) de la population soit un peu plus d'une personne sur cinq et les personnes de 85 ans et plus augmenteront dans une proportion de 47 %. Dans ces groupes d'âge, les femmes sont en très grande majorité (60 % des 65 ans et plus et 73 % des 85 ans et plus).

Le taux de chômage en mars 2006 était de 8 % en Mauricie et de 7,3 % au Centre-du-Québec comparativement à 8,4 % pour le Québec. Le revenu personnel moyen par habitant était de 24 874 \$ en Mauricie et de 25 368 \$ au Centre-du-Québec comparativement à 28 595 \$ pour le Québec.

⁷ Institut de la statistique du Québec, données mises à jour le 11 avril 2006

INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

Registre des traumatismes

Les données de l'année 2004-2005 du Registre des traumatismes 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'avoir des informations sur les traumatismes de la région et de les comparer avec l'ensemble du Québec. Les données comparées sont celles de 2003-2004 et 2004-2005.

Inscriptions au registre

Le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour la Mauricie et le Centre-du-Québec est de 1 495 pour l'année 2004-2005, comparativement à 1 505 pour 2003-2004. La variation est négligeable (moins de 1 %). Au Québec, on remarque la même tendance avec une variation à la baisse de moins de 1 %. Pour qu'un usager ait un registre des traumatismes complété, il doit répondre à un des quatre critères suivants : décès, admission de 3 jours et plus, admission aux soins intensifs ou cas transférés d'un autre centre et qui sont admis.

NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE DES TRAUMATISMES		
SECTEUR	2003-2004	2004-2005
CSSS du Haut-Saint-Maurice	24	24
CSSS Drummond	287	294
CSSS d'Arthabaska-Érable	306	306
CHRTR	888	871
Ensemble de la région	1 505	1 495
Total du Québec	16 862	16 802

Hommes/femmes

La répartition des hommes et des femmes ayant subi un traumatisme dans la région en 2004-2005 est à peu près égale, mais cette proportion est fortement influencée par la région du Haut-Saint-Maurice qui a inscrit près de 71 % d'hommes comparé à la moyenne régionale de 50 %. Au Québec, pour l'année 2004-2005, 53,2 % des victimes sont des hommes.

COMPARAISON SELON LES SEXES		
SECTEUR	% HOMME	% FEMME
CSSS du Haut-Saint-Maurice	70,8	29,2
CSSS Drummond	43,5	56,5
CSSS d'Arthabaska-Érable	47,7	52,3
CHRTR	51,9	48,1
Ensemble de la région	49,7	50,3
Total du Québec	53,2	46,8

L'âge des victimes

En 2004-2005, l'âge moyen des victimes est de 60 ans. L'analyse permet de constater que l'âge moyen des victimes de la région du Haut-St-Maurice est inférieur aux autres secteurs avec une moyenne de 53 ans. L'âge moyen au Québec pour la même année est de 55 ans.

ÂGE MOYEN ET ÉCART TYPE DES VICTIMES DE TRAUMATISMES		
SECTEUR	ÂGE MOYEN	ÉCART TYPE
CSSS du Haut-Saint-Maurice	52,7	21,4
CSSS Drummond	63,5	22,6
CSSS d'Arthabaska-Érable	61,8	24,1
CHRTR	58,8	25,5
Ensemble de la région	60,2	24,7
Total du Québec	55,3	26,0

Durée de séjour

La durée moyenne de séjour régionale est légèrement plus élevée que la moyenne provinciale pour 2004-2005.

DURÉE DE SÉJOUR				
SECTEUR	DURÉE MOYENNE		ÉCART TYPE	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
CSSS du Haut-Saint-Maurice	6,3	11,8	3,1	12,1
CSSS Drummond	20,0	15,9	21,6	14,5
CSSS d'Arthabaska-Érable	15,5	14,3	21,3	15,0
CHRTR	12,6	12,6	14,7	14,8
Ensemble de la région	14,4	13,5	17,7	14,8
Total du Québec	12,1	12,2	15,8	15,8

Les décès

On constate une diminution significative de 44 % des décès à l'urgence entre les deux années, cette variable étant en diminution dans tous les établissements de la région. On note aussi une légère baisse de 5 % des décès à l'admission. Pour le Québec, les décès à l'urgence sont en baisse de 4 % alors que les décès à l'admission sont en hausse de 10 %. Il faut cependant tenir compte du changement apporté à la compilation du Registre des traumatismes en 2004-2005. En effet, les personnes en arrêt cardiaque ou respiratoire à leur arrivée à l'urgence sont maintenant considérées décédées à l'admission même si des manœuvres de réanimation ont été faites durant le transport ambulancier, ce qui n'est pas le cas avant 2004-2005.

NOMBRE DE DÉCÈS				
SECTEUR	À L'URGENCE		À L'ADMISSION	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
CSSS du Haut-Saint-Maurice	13	6	2	1
CSSS Drummond	36	18	55	12
CSSS d'Arthabaska-Érable	34	19	20	20
CHRTR	24	17	50	57
Ensemble de la région	107	60	127	90
Total du Québec	763	734	713	787

Neurotraumatologie

Le nombre de personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral est en diminution de 18 % pour l'ensemble de la région pour l'année 2004-2005. Le nombre de personnes victimes d'une blessure médullaire est faible dans la région et ne suit pas la tendance provinciale.

NOMBRE DE CAS DE NEUROTRAUMATISME				
SECTEUR	TCC		BM	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
CSSS du Haut-Saint-Maurice	8	2	0	0
CSSS Drummond	25	20	2	1
CSSS d'Arthabaska-Érable	34	22	1	3
CHRTR	137	129	5	1
Ensemble de la région ¹	204	173	8	5
Total du Québec	n/d	n/d	179	249

¹ Une victime peut être comptée plus d'une fois

Traumatismes de la route

Le Québec regroupe dix-sept régions administratives. Les données de 2004 nous indiquent que la Mauricie et le Centre-du-Québec se classent respectivement au 11^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 7^e rang et la Mauricie au 8^e rang. Concernant les blessures graves, le Centre-du-Québec est au 10^e rang et la Mauricie au 11^e rang. Finalement, concernant les blessures légères, la Mauricie est au 10^e rang et le Centre-du-Québec au 12^e rang. On constate donc que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se compare avantageusement aux autres régions du Québec.

Victimes⁸ d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Québec, de 1999 à 2004

Nature des blessures					
	Nombre			Variation	
	Moyenne 1999 à 2003	2003	2004	2004/2003	2004/1999 à 2003
Mortelles	693	623	647	3,9 %	- 6,6 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	5 439	6 071	6 038	- 0,5 %	11,0 %
Légères	46 298	49 840	49 850	0,0 %	7,7 %
Total	52 430	56 534	56 535	0,0 %	7,8 %

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Mauricie, de 1999 à 2004

Nature des blessures					
	Nombre			Variation	
	Moyenne 1999 à 2003	2003	2004	2004/2003	2004/1999 à 2003
Mortelles	29	33	34	3,0 %	17,2 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	227	271	235	- 13,3 %	3,5 %
Légères	1 644	1 873	1 896	1,2 %	15,3 %
Total	1 900	2 177	2 165	-0,6 %	13,9%

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Centre-du-Québec, de 1999 à 2004

Nature des blessures					
	Nombre			Variation	
	Moyenne 1999 à 2003	2003	2004	2004/2003	2004/1999 à 2003
Mortelles	42	38	39	2,6 %	-7,1 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	251	260	267	2,7 %	6,4 %
Légères	1 632	1 841	1 727	- 6,2 %	5,8 %
Total	1 925	2 139	2 033	- 5,0 %	5,6 %

⁸ Société de l'assurance automobile du Québec, *En bref, Profil statistique*, 2004, pages 15, 18 et 19

Port du casque de sécurité chez les cyclistes

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. Les résultats sont cependant inférieurs à l'ensemble du Québec.

Estimation du port du casque de sécurité chez les cyclistes de 1994 à 2004

	1994 ²	1995 ²	1996 ²	1997 ²	1998 ²	1999 ²	2000	2002	2004	Variation 2004 versus 2002
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Mauricie ¹	7,8	11,4	15,4	11,4	15,3	12,1	17,1	22,7	25,8	3,1
Centre-du-Québec ¹	7,8	11,4	15,4	11,4	15,3	12,1	8,2	23,8	13,5	-10,3
Ensemble du Québec	nd	nd	24,5	27,6	26,9	24,9	25,4	28,6	36,6	8,0

¹ Les statistiques apparaissant dans ce tableau pour les années précédant l'enquête de 2000 sont celles de l'ancienne région administrative de la Mauricie-Bois-Francs et sont données à titre indicatif seulement.

² Les statistiques pour ces années excluent les enfants de moins de 5 ans.

Victimes d'accidents impliquant un vélo et un véhicule routier

De 1999 à 2004

	Nature des blessures	Nombre			Variation	
		Moyenne 1999 à 2003	2003	2004	2004/2003	2004/ 1999 à 2003
		Nombre	Nombre	Nombre	%	%
Mauricie	Mortelles	1	0	1	-	-
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	9	10	7	-30,0	-22,2
	Légères	89	83	95	14,5	6,7
	Total	99	93	103	10,8	-3,7
Centre-du-Québec	Mortelles	1	0	0	-	-
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	10	6	13	116,7	30,0
	Légères	68	75	70	-6,7	2,9
	Total	79	81	83	2,5	6,4
Québec	Mortelles	22	18	15	-16,7	-31,8
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	201	192	214	11,5	6,0
	Légères	2 591	2 402	2 452	2,1	-5,1
	Total	2 814	2 612	2 681	2,6	-4,7

Les données montrent que la tendance observée sur le port du casque de vélo se répercute sur la nature des blessures observées. On constate que les blessures graves sont en diminution en Mauricie alors que le contraire est observé au Centre-du-Québec. Cependant, on note qu'il y a très peu de mortalités associées à l'utilisation du vélo.

MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE

Comité provincial de traumatologie

Le mandat de ce comité est le suivant :

- assurer un suivi de l'évolution du réseau de services en traumatologie sur le plan national, ainsi que dans chacune des régions pour l'ensemble de la clientèle traumatisée sévère :
 - service de prévention
 - services préhospitaliers d'urgence
 - centre de traumatologie
 - centres de réadaptation
 - soins à domicile
 - corridors de services
 - suivi de la clientèle (registre des traumatismes)
- permettre un partage d'information concernant l'amélioration continue du réseau de services en traumatologie pour tous les intervenants concernés. Il propose les orientations nationales à préconiser dans ce secteur d'activité ainsi que les stratégies de mise en place des moyens les plus pertinents;
- développer des dossiers d'intérêt commun susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau québécois de traumatologie majeure;
- définir les besoins du réseau en termes de formation continue touchant divers aspects de la traumatologie;
- fournir au Ministère des avis ayant trait au développement, à la consolidation et à l'amélioration continue des services offerts aux traumatisés majeurs.

Composition du comité :

Représentants des instances suivantes :

- direction générale de la santé publique, MSSS
- direction générale des services à la population, MSSS
- direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS
- agences de la santé et des services sociaux, secteur de la traumatologie
- groupe-conseil en traumatologie, volet santé physique
- groupe-conseil en traumatologie, volet réadaptation et soutien à l'intégration
- comité des centres tertiaires
- AERDPQ
- SAAQ
- organismes éventuellement impliqués dans le grand ensemble du Soutien à la participation sociale

Ce comité devrait se réunir deux fois par année mais est inactif depuis quelques années.

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 se rencontre à une fréquence de quatre à cinq fois par année. Il est sous la responsabilité du directeur médical des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence bien que le souhait est que le centre secondaire régional (CHRTR) en assume le leadership (selon la recommandation du Groupe-conseil en traumatologie).

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 transferts 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 :

- directeur médical des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- un représentant administratif de l'Agence;
- deux représentants (clinique et administratif) du CHRTR;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS du Haut-Saint-Maurice;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS d'Arthabaska-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.

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 relative 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 pris en charge (transport primaire).

Les comités locaux de traumatologie se réunissent à une fréquence de quatre 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 la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention 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, constituant les premiers maillons du CST, ont contribué à une baisse de 55 % du nombre de décès sur les routes. De plus, dans le cas des victimes de traumatismes qui ont bénéficié du CST, le taux de mortalité est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002. La SAAQ, par le mandat qu'elle reçoit du MSSS, développe des indicateurs afin de maintenir et d'améliorer la performance de l'ensemble des maillons du CST, et veille à leur atteinte⁹.

⁹ Continuum de services en traumatologie, Gouvernement du Québec, 2005

CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

The logo for the Centre de services en traumatologie (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) énonce des objectifs au regard des traumatismes non intentionnels :

- Sécurité routière
- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicule routier.
- Chutes et blessures à domicile
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
- Traumatismes récréatifs ou sportifs
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Le plan d'action régional de santé publique 2003-2006 énonce quant à lui les objectifs régionaux suivants :

- poursuivre l'intégration de l'utilisation de la trousse R.A.P.P.I.D.+ aux programmes NEGS et PSJP, afin de prévenir les blessures à domicile des jeunes enfants;
- poursuivre le projet pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées;
- poursuivre les activités de prévention des chutes à domicile chez les aînés en y intégrant des activités de promotion de l'activité physique;
- favoriser l'aménagement sécuritaire des aires de jeux et de loisir dans les cours d'écoles et les municipalités;
- poursuivre la promotion de l'utilisation d'équipements de sécurité (dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, casque de vélo, ceinture de sécurité).

Sécurité routière

Rappelons qu'en 2004, 647 décès ont été enregistrés sur les routes du Québec. Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec le nombre de décès est de 63 soit 9 % des décès enregistrés au Québec.

La Société de l'assurance automobile du Québec organise à chaque année des campagnes de promotion sur la sécurité routière. Elle a aussi augmenté depuis les dernières années le contrôle des véhicules lourds sur les routes du Québec. De plus, les différentes opérations policières autant sur le contrôle de la vitesse ou de l'alcool au volant ainsi que les initiatives comme Opération Nez Rouge contribuent à améliorer la sécurité routière.

Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile¹⁰

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.

Objectifs du service :

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile;
- habiliter 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 par l'entremise de la visite à domicile et par la mise sur pied d'un service communautaire;
- 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.

Entre 1998 et 2003, 393 aînés de la région Mauricie et Centre-du-Québec ont été formés comme agents multiplicateurs bénévoles. Ils ont rejoint 21 886 personnes, ce qui représente 17 % de notre population des 55 ans et plus.

De ces 21 886 personnes, 8 184 aînés ont été sensibilisés en ateliers, c'est-à-dire 6,5 % de la population des aînés et 13 702 aînés ont été rejoints via des kiosques promotionnels ou une pièce de théâtre, ce qui représente 10,9 % de la population aînée.

En 2004, devant l'importance du problème de santé publique que représentent 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 présente un cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.

Tout en maintenant les activités de développement des communautés développées depuis 1998, 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 et implante graduellement des interventions multifactorielles non personnalisées (2006-2007) et des interventions multifactorielles personnalisées (2007-2008).

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.

¹⁰ 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 2 années de régionalisation*, Serge Nadeau, 2006.

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. Diverses activités de promotion sont organisées à chaque année afin de promouvoir cet aspect (port du casque de vélo, inspection des systèmes de retenue d'enfants, etc.).

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En décembre 2000, le comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence dépose un rapport présentant quatre-vingt-dix-sept recommandations qui guideront les actions à poser pour améliorer la chaîne d'intervention préhospitalière.

Il propose donc d'entrée de jeu, les différents maillons de cette chaîne d'intervention préhospitalière¹¹.

Premiers intervenants⇒	Centres d'appel 911⇒	Encadrement médical			Établissements receveurs
		Centrale de coordination des appels urgents ⇒	Premiers répondants⇒	Services ambulanciers⇒	

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, efficiente 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

Le premier intervenant est la personne qui enclenche l'intervention structurée du système préhospitalier. Premier arrivé sur le site d'un incident, il active le premier maillon de la chaîne. L'efficacité de ses actions permet d'augmenter l'efficacité et la rapidité de réponse et par conséquent, contribue à réduire la mortalité et la morbidité reliées aux traumatismes.

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 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 très faible de la chaîne.

L'Agence s'est engagée à collaborer avec la Fondation ACT à l'implantation du « Programme de RCR au secondaire » offert par cette fondation.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Urgences préhospitalière : Un système à mettre en place, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence*, décembre 2000

Centres 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) et à transférer à la centrale de communication santé lorsque les services préhospitaliers d'urgence sont requis.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, six centres primaires 911 desservent l'ensemble des municipalités de la région, donc 100 % de la population est couverte.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 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. Toutefois, des actions doivent être posées pour une meilleure application de ces protocoles, car le transfert des appels vers le CCS n'est pas uniforme dans toute la région.

Centres de communication santé

Le rôle du centre de communication santé consiste à coordonner de façon optimale, selon les modalités établies, 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 un seul CCS localisé à Trois-Rivières. Le Médical Priority Dispatch System (MPDS) est utilisé pour le tri des appels urgents. De plus, la centrale utilise la répartition assistée par ordinateur (RAO) pour supporter le MPDS.

Un programme d'assurance-qualité est en place de façon à s'assurer que les répartiteurs répondent de façon conforme aux protocoles existants. Des démarches sont en cours actuellement afin d'assurer la reconnaissance du centre de communication santé de la région comme centre d'excellence.

Premiers répondants

Les premiers répondants sont des intervenants formés et désignés pour intervenir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels pré-établis. Le rôle des premiers répondants consiste à administrer à la victime les soins d'urgence qu'elle requiert selon des protocoles d'intervention clinique prévus à leur intention.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 26 municipalités ont des services de premiers répondants (PR) majoritairement en milieu rural selon les orientations prises par l'Agence. Au total, on compte 161 premiers répondants.

Les premiers répondants sont organisés en équipe. Pour qu'une équipe puisse répondre efficacement, le nombre de personnes impliquées doit être d'environ dix. Ce n'est pas le cas de toutes les équipes de premiers répondants de la région. Les municipalités, en collaboration avec l'Agence, doivent procéder à la consolidation de ces équipes. De plus, de nouvelles équipes doivent être mises en place dans certaines municipalités de la région.

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 de même que le transport sanitaire aérien qui utilise les services aériens gouvernementaux, les centres hospitaliers, le personnel médical, etc.

Une importance particulière doit être portée à la formation des techniciens ambulanciers. Seulement deux Cégeps (Collège Ahuntsic et Collège Sainte-Foy) offrent actuellement l'attestation d'études collégiale (AEC). L'Attestation d'Études Collégiale (AEC) deviendra un Diplôme d'Études Collégiales (DEC) de trois ans à partir de l'automne 2006. Il y aura encore des formations de AEC pour une certaine période.

L'Agence est responsable d'accorder le permis d'opération de service d'ambulances aux entreprises ambulancières pour un territoire donné (zone ambulancière) et s'occupe de faire un contingentement dans les régions où le nombre d'ambulances est suffisant.

Les agences s'occupent aussi de fournir une carte (permis) aux techniciens ambulanciers qui répondent aux critères d'admissibilité.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte au 31 mars 2005 sur quinze entreprises ambulancières totalisant 335 techniciens ambulanciers (189 à temps complet et 145 à temps partiel). L'Agence a conçu et mis en œuvre un programme d'assurance-qualité et de maintien de la compétence pour les techniciens ambulanciers par une formation continue.

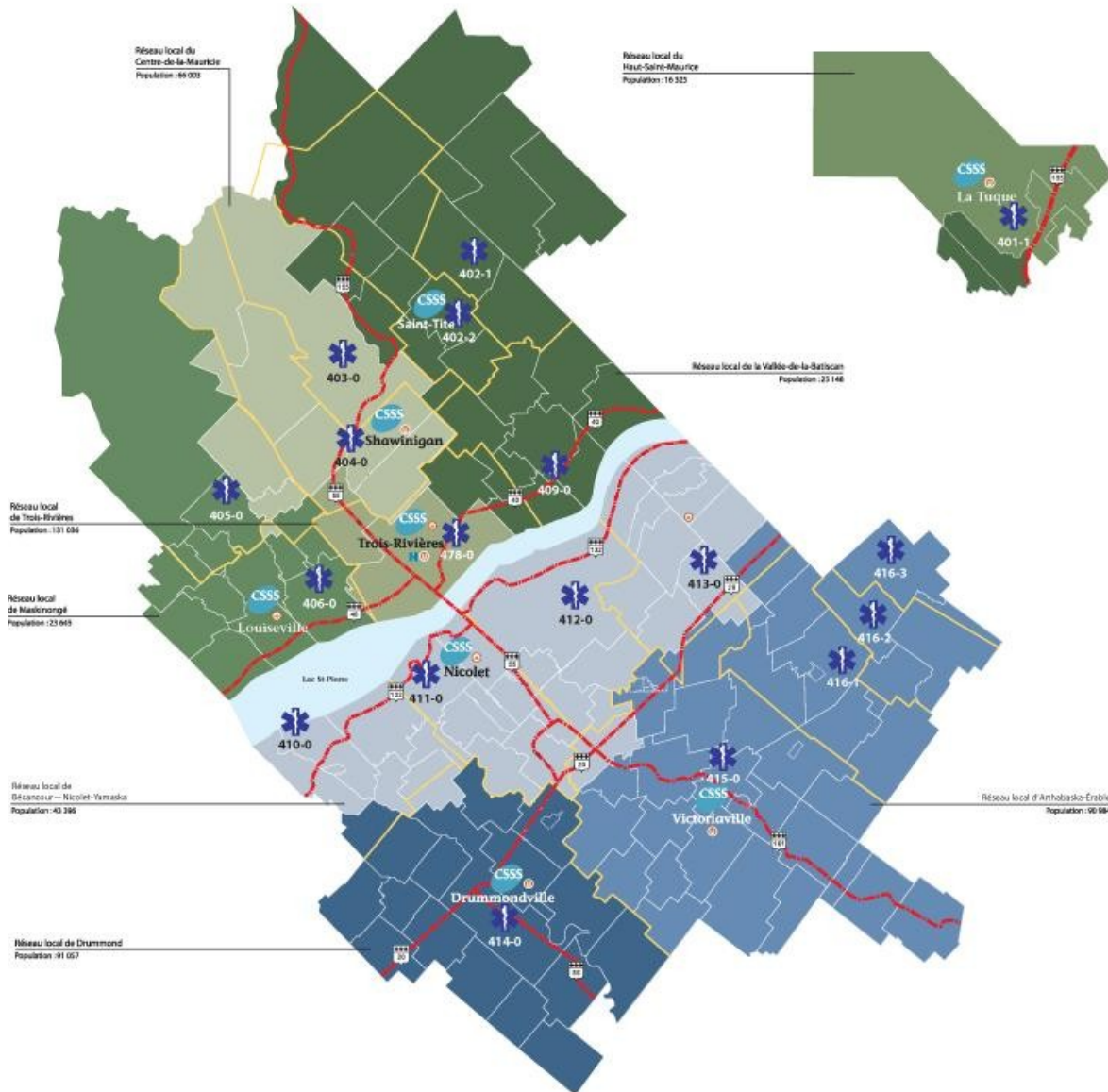
Une analyse annuelle est effectuée afin d'améliorer la charge de travail des techniciens ambulanciers en s'assurant entre autres que le nombre de véhicules disponibles est optimal.

L'Agence entend d'ici mars 2007, revoir son plan d'organisation régional des services préhospitaliers d'urgence, notamment par la mise en place graduelle et en ciblant le milieu urbain, du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers en lien avec les responsabilités d'affectation prioritaires du CCS. De cette façon, on vise à :

- réduire les délais d'intervention pour les personnes en détresse;
- positionner les véhicules ambulanciers aux endroits stratégiques;
- affecter le véhicule ambulancier le plus près possible de l'accident ou de la personne en détresse;
- augmenter l'exposition des techniciens ambulanciers à intervenir rapidement.

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

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Légende

Urgence	 	<p>Zone Entreprises Ambulancières</p> <p>401-1: Ambulance BTAQ 402-1: Ambulance St-Amand et fils Ltée 402-2: Ambulance 33-33 inc. 403-0: Ambulance 22-22 404-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM) 405-0: Ambulance S.A.M.U. Ltée 406-0: Ambulance 0911 inc. 409-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM) 410-0: Ambulance du Bas St-François inc. 411-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM) 412-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM) 413-0: Gestions J. Claude-Soucy inc. 414-0: Dossiercom inc. 415-0: Urgence Bois-Francs inc. 416-1: Urgence Bois-Francs inc. 416-2: Ambulance Jacques Couture inc. 416-3: Ambulance Lyster inc. 418-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)</p>	<p>Point de service</p> <p>La Tuque Ste-Thérèse Saint-Tite Grand-Rhône Shawinigan Saint-Paulin Louiseville Batiscan Pierreville Nicolet Bécancour Manseau Drummondville Victoriaville Plouffeville Louiseville Lyster Trois-Rivières</p>
CHRT			
Centre de santé et de services sociaux			
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice			
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan			
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie			
Centre de santé et de services sociaux de Malesherbourg			
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières			
Centre de santé et de services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska			
Centre de santé et de services sociaux Drummond			
Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable			



SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

(SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)

Depuis avril 2004, l'Agence supervise l'implantation des réseaux locaux de services. Concrètement, cela représente huit réseaux locaux de services, cinq établissements à vocation régionale dont le CHRTR et le CR InterVal et deux CHSLD conventionnés privés.

- CSSS d'Arthabaska-Érable
- CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska
- CSSS Drummond
- CSSS de l'Énergie
- CSSS de Maskinongé
- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- CSSS de Trois-Rivières
- CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Des ententes d'organisation de services doivent être signées entre les huit instances locales et les établissements régionaux et doivent tenir compte des orientations ministérielles et régionales, des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, des missions et expertise de chaque établissement concerné ainsi que des réalités et dynamiques présentes dans chaque territoire local.

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

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, neuf établissements possèdent une salle d'urgence 24/7 recevant des ambulances, 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 inter-établissements régionaux démontre une nette amélioration de l'efficacité des corridors de transferts.

Transport ambulanciers de certains neurotraumatisés

Le Groupe-conseil en traumatologie a demandé à l'Agence de travailler sur le découpage de la région et le transport ambulancier de certains neurotraumatisés (P et U) vers le centre secondaire régional. Ce découpage devrait permettre de diminuer le temps de transfert des neurotraumatisés vers le CHRTR.

Nombre et provenance des transferts reçus au CHRTR

Provenances les plus fréquentes	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
CSSS de l'Énergie	89	101	88	66	68
CSSS du Haut-Saint-Maurice	41	47	39	49	56
CSSS de Maskinongé	25	39	39	44	34
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska	33	29	33	41	25
CSSS de Trois-Rivières	30	25	57	45	35
CSSS Drummond	7	14	27	18	23
CSSS d'Arthabaska-Érable	5	15	12	26	26
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	1	4	2	2	1
TOTAL	231	274	297	291	268

Source : Registre des traumatismes

Registre des traumatismes

Le Registre des traumatismes 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 traumatisme. Un travail important a été réalisé afin de stabiliser l'entrée de données de ce registre. Une formation élargie a été faite au cours de la dernière année afin de permettre la mise à jour des archivistes médicales sur la codification AIS ainsi que sur le cadre normatif RTQ en vigueur depuis avril 2004. Une mise à jour annuelle sera disponible.

Effectifs médicaux en neurochirurgie

La région a fait énormément d'efforts au cours des dernières années afin d'améliorer la quantité de neurochirurgiens disponibles. En décembre 2000, il n'y avait qu'un seul neurochirurgien au CHRTR. Le nombre est passé à deux en septembre 2002 et à trois en septembre 2004. Un quatrième neurochirurgien est attendu au CHRTR au cours de l'année 2007. Tous ces ajouts permettent de consolider le mandat du CHRTR en neurotraumatisme.

Repérage de la clientèle traumatisée

Le repérage de clientèle traumatisée demande que des outils soient mis en place pour agir efficacement. La SAAQ finance le programme de « Prise en charge rapide » dans les établissements de traumatologie secondaire et tertiaire du réseau québécois depuis 2000. Ceci représente 28 établissements à l'heure actuelle. Le CSSS Drummond n'a pas encore de contrat de prise en charge rapide lui permettant d'utiliser une ressource pour repérer la clientèle accidentée de la route dans l'établissement. Le contrat avec la SAAQ devra être négocié dans le cadre du renouvellement des ententes prévu le 1^{er} avril 2007.

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 du Glasgow. C'est un élément diagnostique incontournable. La performance des urgences des établissements de la région est inégale.

Secteur	2002-2003			2003-2004			2004-2005		
	GCS total	GCS incomplet	GCS manquant à l'urgence	GCS total	GCS incomplet	GCS manquant à l'urgence	GCS total	GCS incomplet	GCS manquant à l'urgence
CSSS du Haut-Saint-Maurice	7	0	3	8	0	1	3	0	0
CSSS Drummond	11	1	1	23	1	1	17	0	1
CSSS d'Arthabaska-Érable	35	1	2	30	2	1	17	2	2
CHRTR	45	1	35	46	4	46	60	2	35

Source : Registre des traumatismes

Les données de ce tableau indiquent qu'il reste du travail à faire afin de s'assurer que les dossiers de l'urgence contiennent une mesure de Glasgow fiable, et ce, principalement au CHRTR. L'Agence a inclus dans le plan d'action 2006-2009 un objectif afin d'améliorer cette situation.

Réadaptation précoce

Les CSSS d'Arthabaska-Érable et Drummond ont une équipe de réadaptation précoce qui assure les services à la clientèle victime de traumatisme. Le CSSS du Haut-Saint-Maurice transfère toutes ses victimes de traumatisme vers le CHRTR ou vers les centres tertiaires au besoin.

Système informatisé en traumatologie

Depuis les dernières visites du Groupe-conseil en traumatologie, le MSSS a mandaté la SAAQ pour assurer le mandat de gestion centralisée des fonctions évaluatives en traumatologie (FECST). La SAAQ a proposé, en 2005-2006, le développement d'une solution informatisée en temps réel déployée à tous les partenaires du CST afin d'assurer un suivi rapproché de la performance affichée par les diverses composantes du réseau de la traumatologie.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été choisie comme site pilote afin de contribuer à l'actualisation de la page WEB du site informatisé. Les établissements de traumatologie de la région doivent donc compléter la section sur l'unité d'urgence du Recueil de procédures. Le CHRTR et le CSSS Drummond ont complété cette section pour le moment. Tous les établissements devront avoir complété cette section pour l'automne 2006 et l'ensemble du recueil de procédures pour décembre 2006.

Dans le volet des services préhospitaliers d'urgence, la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie a été mandatée pour collaborer à la mise en place des marqueurs de performance qui permettront l'évaluation régulière de l'efficacité et de la performance de ces services.

SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

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

Selon son plan d'organisation¹² révisé en 2006, 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.

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 crânio-cérébraux, 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, aides 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;
- 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.

¹² Centre de réadaptation InterVal, *Plan d'organisation 2006-2009*, mai 2006

Les modifications législatives et les besoins de réadaptation de la population des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec posent les objectifs suivants :

- collaborer à la mise en place des huit réseaux locaux de service et des établissements à vocation régionale;
- finaliser l'offre de service régionale, notamment :
 - la clarification d'une composante de programmation visant le soutien à l'intégration socioprofessionnelle;
 - le développement des services en orthèses et prothèses.

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

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^{ère} 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.

Le CSSS d'Arthabaska-Érable travaille présentement à la mise en place d'une clinique musculo-squelettique qui devrait débiter ses activités au cours de l'hiver 2006-2007. La clientèle desservie sera celle de la SAAQ, de la CSST et de la RAMQ. Le fonctionnement sera assuré par une équipe multidisciplinaire dont une infirmière-pivot.

Chaque année, près de 10 000 personnes souffrent de lésions aux tissus mous résultant d'un accident de la route, surtout des entorses cervicales. La SAAQ a adopté un modèle novateur de continuum de soins et de services pour ce type de blessures. Il propose une prise en charge complète, impliquant l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. Des services d'évaluation, de traitements et de coordination des soins se succèdent pour appliquer un processus clinique centré sur la qualité des résultats. L'originalité de ce programme réside dans l'organisation coordonnée et proactive des soins et des services.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, sept cliniques de physiothérapie et un centre d'évaluation multidisciplinaire reçoivent cette clientèle.

Organismes communautaires

En 2004, on recensait 249 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, déficience multiple, déficience 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.

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. Un portrait régional¹³ des services disponibles en CLSC en juin 2002 et mis à jour en septembre 2003 montre que **les services intensifs de soins à domicile (SIMAD)** sont offerts dans tous les CLSC mais le mode de fonctionnement diffère d'un établissement à l'autre.

Le programme de **maintien à domicile des personnes handicapées (MADPH)** est le programme qui rencontre le plus d'uniformité dans l'ensemble des CLSC.

L'ensemble des programmes de **répit** est accessible et la gamme de services offerts est uniforme.

Cette analyse démontre aussi qu'il existe des différences entre les critères d'admissibilité aux services professionnels selon les lieux de résidence et les délais d'attente varient de 1 à 18 mois. Les délais d'attente les plus longs se situent au niveau des services de réadaptation et de l'intervention psychosociale.

Finalement, selon le type de clientèle, les personnes âgées en perte d'autonomie représentent la clientèle la moins favorisée par les services de soutien à domicile. Les personnes handicapées ont accès à une gamme de services et à une intensité de services plus grandes.

La disponibilité et l'accessibilité à ces différents programmes permettent le maintien dans le milieu des personnes victimes de traumatismes. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est dotée d'orientations régionales en matière de soutien à domicile en 2003. L'harmonisation des services de soutien à domicile a été priorisée.

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. Les personnes admissibles peuvent être locataires, propriétaire-bailleurs ou propriétaire-occupants. Ce sont les montants admissibles qui diffèrent selon le cas. 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'une ergothérapeute et la participation d'un mandataire identifié par une municipalité ou une municipalité régionale de comté. L'accès à ce programme lorsque l'admissibilité a été reconnue, est de deux ans.

La SHQ a proposé un nouveau mode de fonctionnement pour diminuer les délais autorisant le traitement des demandes. La procédure d'allègement opérationnel permet de réduire les délais de 6 à 8 mois à environ 6 semaines. Cependant, seuls les mandataires expérimentés peuvent se prévaloir de cette procédure allégée. Dans notre région, toutes les villes ou MRC, à

¹³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, *État de situation des services de soutien à domicile des CLSC de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, conférence des CLSC et CHSLD de la région Mauricie – Centre-du-Québec, Juin 2002

l'exception de quatre sont en mesure d'utiliser la procédure d'allègement opérationnelle. La ville de La Tuque, la MRC de Shawinigan, la MRC de Mékinac et la MRC de l'Érable seront en mesure de l'appliquer après avoir reçu la formation de la SHQ à l'automne 2006.

Services d'hébergement

Lorsque les personnes victimes de traumatismes restent 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 sondage réalisé à l'automne 2004 démontre que 55 personnes présentant des séquelles de traumatisme craniocérébral sont hébergées en CHSLD (25 personnes) ou en ressources non institutionnelles (RNI) (29 personnes). Des personnes hébergées en RNI, (19) se retrouvent dans le secteur de la santé mentale.

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 a empêché la réalisation à ce jour.

Les démarches actuelles visent à engager un chargé de projet d'ici octobre 2006 et analyser la faisabilité du projet.

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;

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. Cependant, des précisions doivent être apportées afin de réactualiser ce protocole de transfert.

Lors de sa dernière visite, le Groupe-conseil en traumatologie recommandait que le CSSS d'Athabaska-Érable actualise son protocole de transfert des blessés médullaires vers le Centre d'expertise de l'est du Québec. Cette recommandation n'a pas encore été complétée et on constate encore une rétention de la clientèle blessée médullaire de ce CSSS.

Les corridors de transfert avec les centres d'expertise concernant les personnes ayant une lésion médullaire qui n'est pas clairement traumatique sont à clarifier régionalement.

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'IRD PQ 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.

La situation particulière de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme régions centrales du Québec demande de porter une attention particulière aux corridors de service à établir. Les démarches sont présentement en cours afin de déterminer le continuum de services pour cette clientèle particulière. Après avoir réalisé un sondage auprès des interlocuteurs concernés, l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec veut maintenir le corridor de services avec l'est du Québec et conclure un protocole de transfert avec le Centre d'expertise de l'est du Québec. À cet effet, une rencontre avec le Centre d'expertise de l'est du Québec a eu lieu lors du comité régional de traumatologie du 6 avril 2006.

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 premier plan d'action en mai 2003 et un état de situation en décembre 2005¹⁴ et septembre 2006¹⁵. Ce plan d'action précise les objectifs devant être poursuivis dans le consortium :

- soutien égal des membres de l'Association des TCC/MCQ à Victoriaville, Drummondville, La Tuque et Shawinigan;
- orientation des clients TCC en fonction des corridors de services établis pour cette clientèle;
- révision ou élaboration des protocoles d'ententes nécessaires;
- élaboration d'une procédure d'évaluation permettant d'apprécier le continuum de services;
- mise en place d'un système d'information permettant d'apprécier le fonctionnement du continuum de services;
- établissement de mécanismes de collaboration de services pour les clientèles présentant des problématiques complexes (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle);
- disponibilité de ressources alternatives, permanentes ou temporaires pour certaines personnes traumatisées craniocérébrales, dont les problèmes cognitifs ou de comportements nécessitant un encadrement particulier.

Le MSSS a déjà annoncé son intention d'effectuer des visites de révision de la désignation du consortium offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave en décembre 2006. La région devra donc se mobiliser dans la préparation de cette visite.

Le consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **enfants et adolescents** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a déposé un plan d'action en février 2006 en vue de la désignation ministérielle. Le rapport¹⁶ du Groupe-conseil en traumatologie définit les recommandations prioritaires :

- s'assurer de la production des données statistiques facilitant le suivi de gestion dans une perspective de consortium, et ce, en tenant compte du développement des systèmes d'information clientèle au niveau provincial, dont le SIC-DP;
- rendre les critères plus opérationnels :
 - de fin d'internat et début d'externat en centre de réadaptation;
 - de congé du centre hospitalier tertiaire vers le domicile;
- rendre le plan d'action plus clair en ce qui concerne le suivi de gestion;
- arrimer les activités d'évaluation au suivi de gestion;
- déposer semestriellement, aux groupes-conseils en traumatologie (volet santé physique et volet réadaptation/soutien à l'intégration), un bilan de l'orientation des usagers.

¹⁴ État d'avancement du plan d'action du consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré et grave, Décembre 2005

¹⁵ État d'avancement du plan d'action du consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré et grave, Septembre 2006

¹⁶ Rapport de la rencontre d'évaluation du consortium interrégional de l'ouest du Québec (Mauricie et Centre-du-Québec, Montréal, Abitibi-Témiscamingue, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie) pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave, Février 2006

Finalement, concernant la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger, le MSSS a déposé ses orientations ministérielles 2005-2010 en janvier 2006 et a donné deux objectifs particuliers aux agences :

- déposer un plan d'implantation régional;
- actualiser le plan d'implantation régional;

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.

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
Réanimation cardio-respiratoire (RCR)	Premiers intervenants Premiers répondants Techniciens ambulanciers Infirmiers et infirmières
Combitube, moniteur défibrillateur semi automatique (CMDSA)	Premiers répondants Techniciens ambulanciers Infirmiers et infirmières
Protocoles d'interventions cliniques pour techniciens ambulanciers (PICTA)	Techniciens ambulanciers
Protocoles sur l'administration des médicaments (PAMTA)	Techniciens ambulanciers
Protocole de non initiation de la réanimation	Techniciens ambulanciers Infirmiers et infirmières
Traumatologie : IPT et IHV	Techniciens ambulanciers Infirmiers et infirmières
Protocole START	Techniciens ambulanciers Infirmiers et infirmières
Formation Triage	Infirmiers et infirmières
Déontologie	Techniciens ambulanciers région 04
Mises à niveau trimestrielles	Techniciens ambulanciers
Révision de tous les cas d'intervention (CMDSA et médicaments) et rétroaction	Techniciens ambulanciers
Advanced Trauma Life Support	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
Formation sur les évacuations aériennes	Infirmiers et infirmières (région du Haut-Saint-Maurice)
Registre des traumatismes	Archivistes médicales
Formation sensibilisation sur les grands brûlés	Comité régional de traumatologie
Le traumatisme craniocérébral (TCCL) : nouveaux éléments cliniques sur le diagnostic et la prise en charge	Médecins
Traumatisme craniocérébral : orientations ministérielles 2005-2010	Agence Médecins Intervenants impliqués auprès de la clientèle TCCL

TITRE DE LA FORMATION	INTERVENANTS VISÉS
<p>Clientèle TCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traumatisme craniocérébral modéré et grave : partie 1 ▪ Principes d'intervention clinique : volet adulte et enfants/adolescents ▪ Le dépistage du TCC léger ▪ Le traumatisme craniocérébral ▪ Le TCC : rôle du médecin conseil en neurotraumatologie ▪ Les troubles psychiatriques suite à un accident de la route ▪ Les troubles graves du comportement chez les TCC : comment évaluer et intervenir selon une approche multimodale ▪ L'intervention en troubles du comportement auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral ▪ Les conduites addictives chez les personnes ayant un TCC ▪ Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : volet 1 et 2 <p>Clientèle blessée médullaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La lésion médullaire : une « fracture dans l'existence nécessitant une intervention multimodale » <p>Autres blessures graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche biopsychosociale auprès de la personne accidentée ayant une douleur persistante 	<p>Intervenants impliqués auprès de la clientèle victime d'un accident de la route (CHRTR, CR InterVal, ATCC)</p>
<p>Formation sensibilisation clientèle TCC enfant modérée et grave du Consortium de l'ouest du Québec</p>	<p>Comité régional de traumatologie</p>
<p>Formations spécifiques selon lacunes observées</p>	<p>Tous les intervenants impliqués en traumatologie</p>

#	MESURES	INDICATEURS DE SUIVI	INSTANCES RESPONSABLES	DATE DE RÉALISATION
5	<p>Services préhospitaliers d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que l'Agence s'associe à la Fondation ACT afin de faire la promotion du « Programme de RCR au secondaire » ▪ Que l'Agence favorise l'harmonisation des protocoles d'entente entre le CCS et les centres primaires 911 ▪ Que l'Agence poursuivre les démarches pour l'accréditation de centre d'excellence ▪ Que l'Agence consolide les équipes de premiers répondants existantes ▪ Que les municipalités, en collaboration avec l'Agence, développent de nouvelles équipes de premiers répondants ▪ Que l'Agence finisse de mettre en place le programme d'assurance qualité pour les premiers répondants et les techniciens ambulanciers et assure la formation continue ▪ Que l'Agence analyse la charge de travail des techniciens ambulanciers et prenne les mesures nécessaires pour l'améliorer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de milieux scolaires rencontrés ▪ Nombre de formations dispensées ▪ Nombre d'étudiants formés ▪ Nombre de protocoles d'entente signés ▪ % de conformité au protocole selon NAEMD ▪ Nombre de premiers répondants par municipalités ▪ Nombre de nouvelles municipalités accréditées ▪ Nombre de cas révisés ▪ Nombre de premiers répondants et techniciens ambulanciers formés ▪ Nombre d'équipes de travail à l'heure 	<p>Agence MELS Fondation ACT</p> <p>Agence CCS Centres 911</p> <p>CA du CCS</p> <p>Agence Municipalités</p> <p>Agence Municipalités</p> <p>Agence Entreprises ambulancières Municipalités</p> <p>Agence MSSS</p>	<p>Continu</p> <p>Continu</p> <p>31 mars 2008</p> <p>30 septembre 2007</p> <p>30 septembre 2007</p> <p>30 septembre 2007</p> <p>31 mars 2007</p>

#	MESURES	INDICATEURS DE SUIVI	INSTANCES RESPONSABLES	DATE DE RÉALISATION
6	<p>Services de santé physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que l'Agence s'assure de la mise en place de huit réseaux locaux de services en tenant compte de la clientèle victime de traumatismes ▪ Que l'Agence et les établissements s'assurent de compléter les recommandations découlant de la visite du Groupe-conseil en traumatologie en 2003 ▪ Que le CSSS Drummond négocie le contrat de prise en charge rapide avec la SAAQ ▪ Que les établissements s'assurent de la présence de mesure de Glasgow complète à l'urgence de tous les établissements ▪ Que les établissements de traumatologie complètent la section sur l'unité d'urgence du Recueil de procédures du SIT (FECST) ▪ Que les établissements de traumatologie complètent l'ensemble du Recueil de procédures du SIT (FECST) ▪ Que la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie poursuive sa collaboration au SIT (FECST) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projets cliniques établis ▪ Recommandations complétées ▪ Entente formalisée avec la SAAQ ▪ Mesure de Glasgow compilée au Registre des traumatismes ▪ Section « Unité d'urgence » complétée pour tous les établissements ▪ Recueil de procédures complété ▪ Marqueurs de performance complétés 	<p>Agence Établissements</p> <p>Agence Établissements</p> <p>CSSS Drummond SAAQ</p> <p>Comité régional de traumatologie Établissements</p> <p>Établissements SIT</p> <p>Coopérative des ambulanciers de la Mauricie</p> <p>SIT</p>	<p>31 août 2007</p> <p>31 mars 2007</p> <p>31 mars 2007</p> <p>31 mars 2007</p> <p>30 septembre 2006</p> <p>31 décembre 2006</p> <p>Continu</p>

#	MESURES	INDICATEURS DE SUIVI	INSTANCES RESPONSABLES	DATE DE RÉALISATION
7	<p>Services de réadaptation spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que le CR InterVal collabore à la mise en place des huit réseaux locaux de service et des établissements à vocation régionale ▪ Que le CR InterVal finalise l'offre de service régionale, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ○ la clarification d'une composante de programmation visant le soutien à l'intégration socio-professionnelle ○ le développement des services d'orthèses et de prothèses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projets cliniques établis ▪ Décision rendue sur le document déposé au printemps 2004 ▪ Décision rendue sur le document déposé au printemps 2004 	<p>CR InterVal Établissements</p> <p>CR InterVal Agence</p> <p>CR InterVal Agence</p>	<p>Continu</p> <p>Janvier 2007</p> <p>Janvier 2007</p>
8	<p>Services de maintien dans le milieu de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que le CSSS d'Arthabaska-Érable complète la mise en place de sa clinique musculo-squelettique ▪ Que les CSSS s'assurent de l'application des orientations régionales en soutien à domicile ▪ Que le CSSS de Trois-Rivières poursuive les démarches afin d'engager un chargé de projet et analyser la faisabilité du projet d'hébergement de type communautaire pour la clientèle TCC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarches finalisées ▪ Services de soutien à domicile harmonisés ▪ Analyse complétée 	<p>CSSS d'Arthabaska-Érable</p> <p>CSSS</p> <p>Agence CSSS de Trois-Rivières</p>	<p>Hiver 2006-2007</p> <p>Continu</p> <p>Automne 2006</p>
9	<p>Les clientèles particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessure médullaire <ul style="list-style-type: none"> ○ réviser le protocole de transfert entre le centre d'expertise de l'ouest du Québec et le Centre de réadaptation InterVal ○ clarifier les corridors de transfert pour la clientèle lésée médullaire ▪ Brûlure grave <ul style="list-style-type: none"> ○ que l'Agence précise le continuum de services pour cette clientèle particulière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocole de transfert révisé ▪ Nombre de personnes avec une lésion médullaire non traumatique transférées • Protocole de transfert avec le Centre d'expertise de l'est du Québec complété. 	<p>Agence CR InterVal CE de l'ouest du Québec</p> <p>Agence CE de l'est du Québec Établissements</p>	<p>31 mars 2007</p> <p>31 mars 2007</p>

#	MESURES	INDICATEURS DE SUIVI	INSTANCES RESPONSABLES	DATE DE RÉALISATION
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisme craniocérébral modéré et grave – adultes <ul style="list-style-type: none"> ○ que le consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave poursuive les travaux prévus au plan d'action 2003-2006 ○ que le consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave soit mandaté afin de préparer la visite de révision de la désignation du Groupe-conseil en traumatologie ▪ Traumatisme craniocérébral modéré et grave – enfants et adolescents <ul style="list-style-type: none"> ○ s'assurer de la production des données statistiques facilitant le suivi de gestion dans une perspective de consortium, et ce, en tenant compte du développement des systèmes d'information clientèle au niveau provincial, dont le SIC-DP; ○ rendre les critères plus opérationnels : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de fin d'internat et début d'externat en centre de réadaptation; ▪ de congé du centre hospitalier tertiaire vers le domicile; ○ rendre le plan d'action plus clair en ce qui concerne le suivi de gestion ○ arrimer les activités d'évaluation au suivi de gestion ○ déposer semestriellement, aux groupes conseils en traumatologie (volet santé physique et volet réadaptation/soutien à l'intégration), un bilan de l'orientation des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ État de situation annuel de l'évolution des objectifs ▪ Mandat officialisé ▪ Matrice d'évaluation ministérielle complétée ▪ Données statistiques fiables sur les activités du consortium ▪ Critères révisés • Critères révisés ▪ Plan d'action régional révisé ▪ Dépôt des bilans semestriels 	<p style="text-align: center;">Agence CHRTR CR InterVal ATCC</p> <p style="text-align: center;">Agence CHRTR CR InterVal ATCC</p> <p style="text-align: center;">Agence CR InterVal Établissements du Consortium de l'ouest</p> <p style="text-align: center;">Agence CR InterVal Établissements du Consortium de l'ouest</p> <p style="text-align: center;">Agence CR InterVal Établissements du Consortium de l'ouest</p>	<p style="text-align: center;">Continu</p> <p style="text-align: center;">Automne 2006</p> <p style="text-align: center;">1^{er} avril 2007</p> <p style="text-align: center;">1^{er} avril 2007</p> <p style="text-align: center;">1^{er} avril 2007</p> <p style="text-align: center;">1^{er} avril 2007</p>

Plan directeur régional en traumatologie

#	MESURES	INDICATEURS DE SUIVI	INSTANCES RESPONSABLES	DATE DE RÉALISATION
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisme craniocérébral léger <ul style="list-style-type: none"> ○ déposer un plan d'implantation régional ○ actualiser le plan d'implantation régional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépôt du plan d'implantation régional ▪ Trajectoire de service opérationnelle 	<p>Agence Comité régional de traumatologie</p> <p>Agence Comité régional de traumatologie</p>	<p>31 décembre 2006</p> <p>31 décembre 2007</p>

ANNEXE 1

COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE

CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE

Comité local de traumatologie

Présidente
Directrice des services professionnels
Directrice générale
Responsable du service d'anesthésie
Responsable des chirurgiens
Responsable du programme santé physique
Responsable du service préhospitalier d'urgence
Représentant du service de réadaptation
Coordonnatrice inhalothérapie et cardiologie
Coordonnateur en radiologie
Assistante-chef technicienne du laboratoire
Coordonnatrice et représentante aux archives médicales

Représentante unité de l'urgence
Représentante unité médecine/chirurgie, soins optima
Représentante bloc opératoire
Représentante services psychosociaux
Conseiller au développement organisationnel

M^{me} Andrée Brûlé
D^{re} Anne Gervais
M^{me} Michèle Ouellet
D^r Nizar Errouissi
D^r Alain Desrosiers
M^{me} Danielle Noël
M. Yvan Frenette
M. Gilles Cinq-Mars
M^{me} Dominique Rompré
M. Marcel Beaulieu
M^{me} Luce Fontaine
M^{me} Odette Gélinas
M^{me} Nathalie Laperrière
M^{me} Dominique Fraser
M^{me} Carole Déry
M^{me} Ritane Duchesneau
M^{me} Julie Adams
M. Philippe Couture

Sous-comité « Analyse des dossiers »

Responsable du service préhospitalier d'urgence
Coordonnatrice et représentante des archives médicales

Directrice des services professionnels
Présidente
Coordonnatrice inhalothérapie et cardiologie

M. Yvan Frenette
M^{me} Nathalie Laperrière
M^{me} Odette Gélinas
D^{re} Anne Gervais
M^{me} Andrée Brûlé
M^{me} Dominique Rompré

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES

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

Président du comité	À déterminer
Coordonnatrice urgence et programme de traumatologie	M ^{me} Johanne Ferland
Urgentologue	D ^r Olivier Turcot
Directeur des services professionnels adjoint	D ^r Simon Rousseau
Chef du service de chirurgie maxillo-faciale	D ^r Thierry Dhuyser
Service de chirurgie orthopédique	D ^r Alain Pagé
Service de chirurgie vasculaire et thoracique	D ^r José Dufresne
Service de pédiatrie	D ^{re} Line Marchand
Service de radiologie	D ^r Denis Couture
Physiatrie, représentante du post-hospitalier	D ^{re} Josée Fortier

Comité de gestion clinique

Coordonnatrice urgence et programme de traumatologie	M ^{me} Johanne Ferland
Urgentologue	D ^r Olivier Turcot
Directeur des services professionnels adjoint	D ^r Simon Rousseau
Infirmier chef des soins intensifs	M. Patrick Hubert
Infirmière chef orthopédie	M ^{me} Marielle Vincent
Infirmière chef neurochirurgie	M ^{me} Louise Guillemette
Chef des archives	M ^{me} Patricia Cossette
Services préhospitaliers d'urgence	M. Daniel Girard

CSSS DRUMMOND

Comité local de traumatologie

Responsable médical service d'urgence	D ^{re} Sophie Courchesne
Chef de service des services ambulatoires	M ^{me} Suzanne Ruel
Infirmière chef soins intensifs	M ^{me} Lorraine Traversy
Infirmier chef unité de chirurgie 5 ^e	M. René-Jocelyn Blanchette
Responsable du service d'inhalothérapie	M ^{me} Manon Lambert
Adjoint au DSPH	M. André Allard
Chef du département d'anesthésie-réanimation	D ^r Stephan Pelletier
Chef du département de médecine générale	D ^r Gilles Viens
Chef du service accueil, archives et admission	M ^{me} Trudy Ruel
Assistant infirmier chef service d'urgence	M. Stéphane Timmons
Infirmière, coordonnatrice	M ^{me} Suzanne Bédard
Coordonnateur préhospitalier, Ambulance Drummond	M. François Lamothe
Chirurgien général, chef département de chirurgie	D ^{re} Joyaube Chapdelaine
Orthopédiste	D ^r Jean-Marie Turgeon
Infirmière chef bloc opératoire	M ^{me} Hélène Boisvert
Chef service d'imagerie médicale	M ^{me} Diane Guimont
Chef service de biologie médicale	M. Stéphane Lemire
Chef services de réadaptation	M. Jeannot Laliberté
Radiologiste mandaté à la trauma	D ^{re} Julie Laporte
Médecin responsable de la trauma	D ^{re} Stéphanie Madore
DSPH	D ^{re} Diane Amyot

Comité d'évaluation

Coordonnatrice service d'urgence	D ^{re} Stéphanie Courchesne
Chirurgien général, chef département de chirurgie	D ^{re} Joyaube Chapdeleine
Infirmière chef services ambulatoires	M ^{me} Suzanne Ruel
Assistant infirmier chef service d'urgence	M. Stéphane Timmons
Chef service d'imagerie médicale	M ^{me} Diane Guimont
Technologue déléguée de biologie médicale	M ^{me} Sylvie Roberge
Responsable de la traumatologie	D ^{re} Stéphanie Madore
Radiologiste	D ^{re} Julie Laporte

CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE

Comité local de traumatologie

Responsable du comité	D ^f David Poirier
Coordonnatrice du service d'urgence	M ^{me} Diane Labrie
Coordonnateur des soins intensifs	M. Denis Belhumeur
Orthopédiste	D ^f Dominique Fleury
Anesthésiste	D ^f Daniel Fugère
Ambulancier, représentant du secteur préhospitalier	M. Serge Luneau
Infirmière au service d'urgence	M ^{me} Sylvianne Morin
Omnipraticien	D ^f André Nadeau
Chirurgien général	D ^{re} Annie Bertrand
Omnipraticienne	D ^{re} Lyne Thériault
Radiologiste	D ^f Sylvain Roy
Archives médicales	M ^{me} Guylaine Poisson

ANNEXE 2

**SUIVI DES RECOMMANDATIONS
DU
GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE
VISITES 2003**

Établissements	Recommandations	État de situation
CSSS du Haut-Saint-Maurice	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre opérationnel le comité local de traumatologie en respectant le mandat exigé par le Groupe de suivi ministériel et communiquer à l'Agence le nom du président de ce comité ▪ Déposer un programme réaliste à l'Agence ▪ Déposer le procédurier selon les exigences matricielles ▪ Inviter une représentation de l'Agence pour le dépôt du procédurier dans le cadre des rencontres régulières du Comité local de traumatologie 	<p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>En attente de la décision du Groupe-conseil en traumatologie</p>
CSSS Drummond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réanimer et maintenir le comité local de traumatologie et rendre son fonctionnement conforme aux exigences matricielles ▪ Maintenir rigoureusement la tenue de registre des traumatismes en temps réel ▪ Implanter un mécanisme de « débriefing » systématique des cas où un code TRAUMA a été nécessaire et en soumettre le procès-verbal au comité local de traumatologie ▪ Formaliser la procédure de suivi conjoint obligatoire aux soins intensifs afin d'assurer le personnel infirmier de la ligne d'imputabilité médicale de chacun des patients ▪ Préciser les clientèles chez qui la prescription automatique de réadaptation s'applique (exemple : les poly-contusionnés) ▪ Prendre les mesures pour que les données du Registre des traumatismes (tenu en temps réel) soient analysées par le comité local de traumatologie à un intervalle minimal de trois mois; les besoins prioritaires qui découlent de ces analyses devraient se refléter dans les priorités d'action du programme local de traumatologie (exemple : les durées de séjour à l'urgence) ▪ Actualiser l'entente de service avec le centre secondaire régional ▪ Compléter le procédurier selon les exigences matricielles 	<p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>À compléter</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p> <p>Réalisé</p>

Établissements	Recommandations	État de situation
CSSS d'Arthabaska-Érable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comblé les lacunes pour rendre le programme local de traumatologie conforme aux exigences matricielles ▪ Compléter le procédurier afin de faciliter l'implantation de la page WEB ▪ Prendre les mesures nécessaires pour que la présence 24/7 du technicien en radiologie soit assurée ▪ Officialiser une couverture médicale 24/7 aux soins intensifs en implantant un mode de gestion comme unité semi-fermée avec codification officielle des patients et critères d'admission et de sortie ▪ Définir les clientèles de réadaptation auxquelles une référence précoce automatique est essentielle ▪ Actualiser l'entente de services avec le centre régional de neurotraumatologie et avec le centre d'expertise de l'est pour les blessés médullaires 	<p>Sera complété avec le recueil de procédures du SIT En cours</p> <p>Réalisé</p> <p>Chaque médecin prend en charge son patient.</p> <p>À compléter</p> <p>Réalisé pour le CHRTR En attente d'une approbation du CECII pour les BM</p>
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir le contenu des ententes de corridors de services en amont et en aval (se référer à l'entente utilisée dans la région 16) ▪ Mandater le comité des soins intensifs afin de « monitorer » les activités de soins intensifs en terme de qualité des processus et de rétroaction sur la morbidité/mortalité ▪ Prendre position auprès du comité régional de traumatologie à l'effet d'assumer l'animation du comité si l'Agence veut bien leur confier ce mandat 	<p>Protocoles signés</p> <p>Le comité vient de redémarrer depuis début 2005. Le comité a le mandat de réviser les processus. Tous les décès sont révisés, tous les dossiers litigieux sont révisés</p> <p>Non actualisée</p>

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, *Plan directeur en traumatologie région de la Chaudière-Appalaches 2004-2008*, 2005, 41 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *Plan directeur en traumatologie et cibles d'actions 2005-2008*, 2005, 64 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN, *Plan directeur en traumatologie région Saguenay-Lac-St-Jean*, 2005, 41 pages.

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 DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX ET DE SERVICES SOCIAUX, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*, Direction de santé publique, 2003, 85 pages.

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.

CENTRE DE RÉADAPTATION INTERVAL, *Plan d'organisation 2006-2009*, mars 2006, 93 pages.

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.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Continuum de services en traumatologie*, Gouvernement du Québec, www.fecst.gouv.qc.ca, 2005,

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 cranio-cérébral 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 cranio-cérébral*, 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 cranio-cérébral modéré-grave adulte*, 2002.

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 cranio-cérébral modéré-grave enfants/adolescents*, Consortium interrégional de l'ouest du Québec, 2006.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, données mises à jour le 11 avril 2006.

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*, Direction générale en santé publique, Gouvernement du Québec, 2003, 133 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.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Registre des traumatismes du Québec : Évaluation du programme de traumatologie du Québec, 2000-2001 à 2005-2006*.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *État de situation des services de situation des services de soutien à domicile des CLSC de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, conférence des CLSC et CHSLD de la région Mauricie – Centre-du-Québec, 2002.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, 2004, *En bref, Profil statistique*, 2004, 48 pages.

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

Québec 