

**Plan directeur régional de traumatologie
2014-2019**

**Agence de la santé
et des services sociaux de Lanaudière**



Ce *Plan directeur régional en traumatologie 2014-2019* a été élaboré sous la supervision de la Direction régionale des affaires médicales et universitaires (DRAMU) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP) et la Direction des services sociaux (DSS).

Coordination des travaux

Jérôme Simard, coordonnateur, DRAMU

Rédaction

Claude Bégin, agent de planification, de programmation et de recherche, DSP

Patrick Bellehumeur, agent de planification, de programmation et de recherche, DSP

Élizabeth Cadieux, coordonnatrice, DSP

Guillaume Deschênes, agent de planification, de programmation et de recherche, DRAMU

Danielle Joly, agente de planification, de programmation et de recherche, DSS

Jérôme Simard, coordonnateur, DRAMU

Sylvain Tardif, assistant du supérieur immédiat et responsable clinique, SPU

Collaborateurs

Stéphanie Chayer, chef de programme en déficience motrice, traumatologie, du secteur Joliette, CRDP Le Bouclier

Vicky Kaseka, chef de programme en déficience motrice, traumatologie, du secteur Le Gardeur, CRDP Le Bouclier

Sylvie Côté, directrice des programmes de réadaptation en déficience motrice et du langage, CRDP Le Bouclier

Danielle Tremblay, intervenante, APHPS, secteur Joliette

Comité de lecture

Sylvie Côté, directrice des programmes de réadaptation en déficience motrice et du langage, CRDP Le Bouclier

Dr Simon Fortier, directeur médical régional, SPU

France Massé, coordonnatrice clinico-administrative regroupement urgence, soins critiques et suppléance rénale, CSSS du Sud de Lanaudière

Nancy Pellerin, coordonnatrice du programme des soins spécialisés et des services ambulatoires, CSSS du Nord de Lanaudière

Danielle Tremblay, intervenante, APHPS, secteur Joliette

Mise en pages :

Sylvie Harvey, DRAMU

Martine Lauzon, DRAMU

Viviane Meguerditchian, DRAMU

Carmen Desjardins, DRAMU

©Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014.

Dépôt légal :

4^e trimestre 2014

ISBN : 978-2-89669-224-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89669-225-5 (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca dans la section *Documentation/ Publications*

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière tient à remercier l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour le partage de son plan. Ainsi, le contenu de certaines sections de notre plan provient ou est fortement inspiré de celui de nos collègues de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2013)

Ceci reflète, une fois de plus, la collaboration et la transparence entre nos régions dans l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Jérôme Simard

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
Liste des acronymes.....	9
Préambule	13
Introduction.....	15
<i>Quelques éléments du portrait de la région et de sa population</i>	<i>17</i>
Le territoire.....	17
Population toujours en croissance	17
Jeunesse et vieillesse se côtoient	17
<i>Information régionale sur les traumatismes</i>	<i>18</i>
Les traumatismes et leur survenue	18
Quel est le lien commun entre ces événements?	18
Statistiques générales sur les traumatismes	20
Les hospitalisations par traumatisme.....	20
La mortalité par traumatisme	23
<i>Les traumatismes de la route</i>	<i>25</i>
Les victimes d'accident de la route	25
Les victimes d'accident de la route	25
Le port du casque de vélo	25
Continuum de services en traumatologie.....	29
<i>Mécanismes de concertation en traumatologie.....</i>	<i>31</i>
Comité provincial en traumatologie.....	31
Comité régional en traumatologie	32
Comités locaux en traumatologie	33
<i>Services de promotion et de prévention</i>	<i>37</i>
La promotion de la sécurité.....	37
La prévention des traumatismes.....	37
Services préhospitaliers d'urgence.....	45
<i>Premiers intervenants</i>	<i>45</i>
<i>Centre d'appels 911.....</i>	<i>46</i>
<i>Centre de communication santé (CCS)</i>	<i>46</i>
<i>Premiers répondants et services policiers avec DEA.....</i>	<i>47</i>
<i>Services ambulanciers</i>	<i>48</i>
Amélioration continue de la Qualité et traumatismes majeurs.....	48
Temps sur les lieux	49
Pourcentage d'utilisation du matelas immobilisateur	49
Pourcentage d'avis à l'urgence du centre de traumatologie désigné pour IPT ≥ 4	49
<i>Établissements receveurs</i>	<i>49</i>
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal et zone « 30 minutes Sacré-Cœur »	50

<i>CLSC Saint-Michel-des-Saints</i>	50
<i>Sauvetage véhicules hors route</i>	51
<i>Formation continue</i>	51
Services de santé physique (soins aigus et réadaptation précoce)	55
<i>Corridors de services</i>	55
<i>Registre des traumatismes</i>	55
<i>Repérage de la clientèle traumatisée</i>	55
<i>Les clientèles particulières</i>	56
<i>Clientèles adultes avec traumatismes craniocérébraux modérés ou graves</i>	56
<i>Clientèles enfants et adolescents avec traumatismes craniocérébraux modérés ou graves</i>	56
<i>Clientèles avec traumatismes craniocérébraux légers (TCCL)</i>	56
<i>Clientèles victimes de brûlures graves</i>	57
<i>Clientèles avec blessures médullaires</i>	57
<i>Clientèles avec amputations et nécessitant une réimplantation microvasculaire</i>	57
<i>Blessés orthopédiques graves (BOG)</i>	57
Services de réadaptation spécialisés	61
<i>PRÉSENTATION DU CRDP LE BOUCLIER</i>	61
<i>SERVICES OFFERTS AU CRDP LE BOUCLIER</i>	62
<i>Services intensifs en interne (unité de réadaptation fonctionnelle intensive - Urfi)</i>	62
<i>Services intensifs en externe</i>	62
<i>Équipe de réadaptation</i>	62
<i>RÔLE DANS LE CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE (CST)</i>	64
<i>Services spécialisés de réadaptation à l'interne et à l'externe</i>	64
<i>Services de maintien dans le milieu de vie</i>	64
<i>RÉADAPTATION EXTERNE RÉGIONALE DANS LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES</i>	65
<i>Les blessures médullaires (BM)</i>	65
<i>Les personnes traumatisées craniocérébrales (TCC)</i>	65
<i>Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)</i>	65
<i>Personnes victimes de brûlures graves (VGB)</i>	66
<i>La clientèle victime d'amputation traumatique nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence (VARMU)</i> ...66	
<i>Clinique de la main du CSSS du Sud de Lanaudière</i>	66
<i>Blessures orthopédiques graves</i>	66
<i>AUTRES CONTRIBUTIONS DU CRDP LE BOUCLIER AU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE</i>	67
<i>Effectifs médicaux</i>	67
<i>Entente MSSS-SAAQ et CSST</i>	67
<i>Entente d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)</i>	67
<i>Collaboration avec le milieu scolaire</i>	67
Services de maintien dans le milieu de vie	71
<i>Groupes communautaires</i>	71
Formation et maintien des compétences	72

Sources et bibliographie.....	73
Annexe 1 : Fiches descriptives, Table de concertation et de coordination en santé physique et Comité régional en traumatologie	75
Annexe 2 : Plan d'action régional traumatologie 2014 - 2019	79
Annexe 3 : Historique de la traumatologie au Québec et dans Lanaudière	91
Au Québec	93
Dans Lanaudière	94
Annexe 4 : Grille de priorisation – classe de la main	95

LISTE DES ACRONYMES

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
ACSCOT	American College of Surgeons' Committee on Trauma
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
APHPSSJ	Association des personnes handicapées physiques et sensorielles du secteur Joliette
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSSL	Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
AT	Autres traumatismes
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
BM	Blessé médullaire
BOG	Blessure orthopédique grave
CAA	Canadian Automobile Association
CAB	Centre d'action bénévole
CADDOT	Comité sur l'aménagement, le développement durable et l'occupation du territoire
CCS	Centre de communication santé
CEBMOQ	Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec
CCSL	Centre de communication santé Laurentides – Lanaudière
CEBMOQ	Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest du Québec
CEVARMU	Centre d'expertise en réimplantation ou revascularisation microchirurgicale d'urgence
CDC	Center for Disease Control
CHRD	Centre hospitalier régional De Lanaudière
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CLSC	Centre local des services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMM	Communauté métropolitaine de Montréal
CPS	Centre de prévention du suicide
CRCCPSP	Comité régional de coordination et de concertation du programme de santé physique
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRE	Conférence régionale des élus(es)
CRME	Centre de réadaptation Marie-Enfant

CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSNL	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSSSL	Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
CST	Continuum de services en traumatologie
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DRAMU	Direction régionale des affaires médicales et universitaires
DRE	Dispositif de retenue pour enfants
DSP	Direction de santé publique
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
DSS	Direction des services sociaux
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GPS	Global Positionning System
HPLG	Hôpital Pierre-Le Gardeur
HSCM	Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IHV	Impact à haute vitesse
IPT	Indice préhospitalier traumatique
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OC	Organisme communautaire
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PICTAP	Protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers paramédicaux
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMAD	Plan métropolitain d'aménagement et de développement
PNSP	Programme national de santé publique

PR	Premier répondant
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAO	Répartition assistée par ordinateur
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RENIR	Réseau national intégré de radiocommunication
RLS	Réseau local de services
RR	Ressources résidentielles
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIRTQ	Système d'information du Registre des traumatismes du Québec
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SQ	Sûreté du Québec
TA	Tension artérielle
TAP	Technicien ambulancier paramédical
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TI	Traumatisme intentionnel
TNI	Traumatisme non intentionnel
TROCFL	Table régionale des organismes communautaires Famille de Lanaudière
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VARMU	Réimplantation ou revascularisation microchirurgicale d'urgence
VBG	Victimes de brûlures graves
VHR	Véhicules hors route
VTT	Véhicules tout terrain

PRÉAMBULE

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière¹ est fière de vous présenter son *Plan directeur régional de traumatologie 2014-2019*. Celui-ci s'inscrit dans les nouvelles exigences de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), émises en octobre 2012.

Depuis longtemps, l'organisation de la traumatologie s'est fondée sur une approche de partenariat avec l'ensemble des intervenants impliqués dans les continuums de services. Ces continuums vont de la prévention des blessures, aux traumatismes, jusqu'à la réinsertion sociale des personnes ayant subi un tel traumatisme et le maintien dans leur milieu de vie. Ceci permet d'offrir des services préventifs auprès de l'ensemble de la population tout en déployant des interventions favorisant une prise en charge rapide des personnes blessées, puisque le temps est un facteur clé dans la réduction des séquelles associées aux traumatismes. Plus spécifiquement, cette approche a permis l'organisation des transferts en traumatologie à l'extérieur de la région lorsque des services spécialisés sont requis, et ce, à l'aide d'ententes formelles.

Dans la région, les deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont reçu, au printemps 2013, la visite du Groupe-conseil en traumatologie, leur conférant de nouveau la désignation d'établissements de niveau secondaire. Les structures mises en place par les comités locaux et le Comité régional de traumatologie permettent les arrimages entre les différents partenaires et créent un sentiment d'appartenance à une communauté de pratiques axée sur les besoins des personnes victimes de traumatismes graves.

Ce document vise à démontrer les efforts réalisés depuis plusieurs années dans le continuum de services en traumatologie pour la région de Lanaudière. Il présente aussi de façon concrète les défis à relever afin de s'adapter à un contexte en constante évolution.

Enfin, un plan d'action intégrant les différentes clientèles spécifiques se retrouve en annexe.

¹ Appelée l'Agence

INTRODUCTION

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

L'Agence s'est dotée d'un premier plan directeur régional en traumatologie couvrant la période 2005-2008 (ASSSL, 2005). Le bilan de ce plan directeur avait, à l'époque, été souligné par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), aujourd'hui remplacée par l'INESSS. À la suite de ce premier bilan positif, une mise à jour du plan directeur a été produite pour les années comprises entre 2009 et 2012 (ASSSL, 2010).

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

Il a été développé avec la collaboration des différentes directions concernées par cette problématique au sein de l'Agence, ainsi qu'avec les partenaires des établissements et organismes communautaires de la région de Lanaudière. Ainsi, des représentants de chacun des maillons du continuum de services participent activement aux rencontres du Comité régional en traumatologie et les grandes orientations sont également abordées au Comité régional de coordination et de concertation du programme de santé physique, comité qui réunit les principaux décideurs de l'ensemble des dossiers touchant la santé physique. Ce nouveau plan directeur régional, couvre une période de cinq ans, permettra de se projeter dans l'avenir, de saisir les opportunités, et finalement de s'adapter aux perpétuels changements que vit notre réseau.

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

- Consolider les interventions prévues au plan d'action régional de santé publique pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes;
- Compléter l'organisation régionale pour les victimes d'un traumatisme crânien léger en fonction des orientations ministérielles;
- Signer le protocole d'entente relatif au transfert interétablissement des victimes de brûlures graves entre le Centre d'expertise des grands brûlés et notre région;
- Revoir et mettre à jour le protocole pour les victimes de blessures médullaires ainsi que le protocole de retour de la clientèle dans notre région;
- Établir une trajectoire de soins pour les victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave entre le CRDP Le Bouclier et les CSSS, surtout pour la fin des interventions de deuxième ligne en réadaptation et les besoins en services de première ligne.

QUELQUES ÉLÉMENTS DU PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION

LE TERRITOIRE

La région de Lanaudière couvre une superficie en terre ferme de 12 300 kilomètres carrés². Elle comprend 58 municipalités, 12 territoires non organisés (non municipalisés) et une communauté autochtone. Le territoire se divise en six municipalités régionales de comté (MRC). Elles se regroupent, sur le plan sociosanitaire, en deux territoires de réseau local de services (RLS). Le territoire du RLS de Lanaudière-Nord couvre les MRC de D'Autray, Joliette, Matawinie et Montcalm. Le territoire du RLS de Lanaudière-Sud englobe les MRC de L'Assomption et des Moulins.

POPULATION TOUJOURS EN CROISSANCE

Au 1^{er} juillet 2013, la population lanaudoise compte 488 927 personnes³. Elle représente 6 % de la population québécoise et occupe le cinquième rang parmi les régions administratives les plus peuplées au Québec.

Toutefois, la population lanaudoise est inégalement répartie. Le territoire du RLS de Lanaudière-Nord, où se concentre 209 882 personnes (43 % de la population) occupe plus de 95 % du territoire avec une densité de 17 personnes au km². Quant au territoire du RLS de Lanaudière-Sud, il est plus peuplé avec 279 045 personnes (57 %) pour une densité de 512 personnes au km².

Depuis 2006, la région se maintient parmi les trois régions à plus forte croissance démographique du Québec, avec celles de Laval et des Laurentides. Entre 2006 et 2011, elle enregistre une hausse de population de 8 %. Dans cinq ans, la population pourrait se chiffrer à 526 774 individus, ce qui correspond à un accroissement anticipé de 8 % (par rapport à 2 % au Québec)⁴. La hausse de la fécondité et les gains attribuables aux échanges migratoires avec les régions administratives limitrophes, notamment Montréal et Laval, représentent des facteurs démographiques qui y contribuent.

JEUNESSE ET VIEILLESSE SE CÔTOIENT

En 2013, la région se particularise toujours par sa jeunesse : 20 % de la population est âgée de moins de 18 ans, alors que 15 % ont 65 ans et plus (19 % et 17 %, respectivement au Québec). Les prochaines années seront toutefois marquées par un vieillissement de sa population. Entre 2013 et 2018, le nombre d'ainés devrait s'accroître de 23 % (par rapport à 17 % au Québec) pour atteindre 17 % de la population totale lanaudoise.

² Institut de la statistique du Québec (ISQ). Site Web consulté en octobre 2013 : www.stat.gouv.qc.ca

³ Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2014. Estimations tirées du SYLIA en mars 2014 : www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia

⁴ Institut de la statistique du Québec. *Perspectives démographiques des MRC du Québec : 2006-2031*, décembre 2009.

INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

LES TRAUMATISMES ET LEUR SURVENUE

Olivier, 5 ans, se remet d'une entorse cervicale à la suite d'une collision automobile où il était passager. Il portait uniquement sa ceinture de sécurité.

Florence, 12 ans, a eu une commotion cérébrale après avoir fait une chute en vélo, sa tête a heurté le sol.

William, 18 ans, a subi une fracture de la hanche à la suite d'une chute due à une perte d'équilibre survenue en surf des neiges.

Sarah, 30 ans, a été hospitalisée à la suite d'une intoxication aiguë aux médicaments. Elle avait pris une surdose de comprimés d'acétaminophène et d'antidépresseur à la suite d'une rupture amoureuse.

Alain, 45 ans, a été hospitalisé pour coups et blessures au thorax à la suite d'une agression physique à la sortie d'un bar.

Annette, 73 ans, a dû recevoir une prothèse de la hanche et une prothèse du genou à la suite d'une chute survenue dans l'escalier pour se rendre à son logement. (Adapté de Bégin, 2010, p. 2)

QUEL EST LE LIEN COMMUN ENTRE CES ÉVÉNEMENTS?

Il s'agit d'événements accidentels qui ont occasionné des traumatismes non intentionnels ou intentionnels. De plus, ces traumatismes peuvent provoquer un choc psychologique comme la peur de revivre l'événement. C'est pourquoi, bien qu'il soit nécessaire de prévenir l'événement, les interventions doivent viser également à prévenir les risques de blessures associés à de tels événements et en réduire la gravité en agissant sur le transfert d'énergie. Il importe de prévenir les événements accidentels et particulièrement les traumatismes qui peuvent leur être associés. Cette prévention doit se faire à trois niveaux différents et complémentaires (voir l'exemple dans l'encadré sur un accident de voiture).

Traumatismes

« Les traumatismes ou blessures sont des lésions corporelles qui résultent d'une exposition à une forme d'énergie physique (thermique, mécanique, électrique, chimique ou de radiation). Ces lésions peuvent également être attribuables au fait que des éléments extérieurs au corps humain empêchent ce dernier d'utiliser adéquatement l'énergie nécessaire à son fonctionnement (ex. : noyade, suffocation). » (Beaulne et coll., 1991, p. 3)

« Par opposition aux traumatismes intentionnels, tels que le suicide et l'homicide, les traumatismes non intentionnels ne sont pas délibérés. Les traumatismes accidentels peuvent survenir au travail, à la maison, sur une voie publique ou privée (impliquant ou non un véhicule à moteur routier ou hors route), lors de la pratique d'activités récréatives ou sportives, etc. » (Bégin, 2010, p. 2)

Ainsi, on peut « séparer conceptuellement l'analyse des traumatismes en deux éléments relativement distincts :

1. la prévention des événements, souvent appelés prévention des « accidents »;
2. la prévention des blessures ou traumatismes qui résultent des accidents » (Beaulne et coll., 1991, p. 11)

Transfert d'énergie

Le facteur commun responsable de toutes les formes de traumatismes est l'énergie. « Il s'agit plus précisément d'un transfert d'énergie subit dépassant la capacité du corps humain d'y résister ou de s'y adapter. Il est à noter que l'absence soudaine d'une source d'énergie vitale peut aussi être à l'origine d'un traumatisme, comme dans les cas de noyade, de strangulation, d'asphyxie par aspiration d'un corps étranger ou encore d'engelure. Cette énergie est transmise au corps humain (hôte) par un agent agresseur (véhicule) correspondant à la notion classique de « vecteur » dans le modèle des maladies infectieuses; dans cette analogie, les agents agresseurs sont aux blessures ce que le moustique est à la malaria.

Ainsi, les agents agresseurs pourraient être les projectiles d'un fusil, la rondelle en caoutchouc au hockey ou le pare-brise d'une voiture. Dans ces exemples, l'agent en cause est un véhicule d'énergie cinétique et l'hôte est l'individu potentiellement affecté par ce transfert d'énergie. » (Beaulne et coll., 1991, p. 11)

Exemple : Les trois phases de prévention de la collision lors d'un accident de voiture selon la matrice de Haddon

<i>Prévenir l'accident (événement)</i> (<i>Préimpact</i>) 1^{re} collision (limiter le risque de collision) (ex. : entre deux voitures, entre une voiture et un ponceau, avec un cycliste ou un piéton)	<i>Prévenir la blessure</i> (<i>Impact</i>) 2^e collision (limiter le risque de blessure consécutive à l'accident) (ex. : entre l'occupant et l'intérieur du véhicule ou son éjection)	<i>Prévenir la sévérité de la blessure</i> (<i>Postimpact</i>) 3^e collision (limiter la sévérité ou l'aggravation de la blessure occasionnée) (ex. : fracture, hémorragie, traumatisme craniocérébral)
Voiture Système intelligent d'aide à la conduite : • Adaptateur de vitesse • Captage des angles morts et correction de la déviation des voies • Traction et freinage (antidérapage, antipatinage, antiblocage) • Antidémarrreur alcoométrique Infrastructure routière Système intelligent de feux de circulation Système d'apaisement de la circulation (carrefour giratoire, rétrécissement des voies, traverses pour piétons surélevées, etc.)	Voiture Cage de sécurité monocoque Renfort des poutrelles dans les portières et des piliers Système de préactivation des ceintures de sécurité (si utilisées) Capot de la voiture absorbant (cycliste et piéton) Infrastructure routière Glissières de sécurité Poteaux d'éclairage et d'indication routière avec supports cédant sous un impact Atténuateur d'impact dans les embranchements près des accès routiers et des viaducs (ex. : autoroute)	Voiture Système de retenue des occupants : • Activation des ceintures de sécurité (si utilisées) • Coussins gonflables intelligents et multiples • Dispositifs de retenue pour enfants Système préhospitalier d'urgence Accès au 911 et autres services de communication Accès et rapidité d'intervention des premiers répondants, des services d'urgence et ambulanciers Système de soins, réadaptation, réinsertion et maintien Accès et rapidité des soins à l'urgence Accès et qualité des soins hospitaliers, en réadaptation, en réinsertion sociale et en maintien Système de rétroaction Surveillance des données, recherche, évaluation et formation (processus et pratiques)
Objectif		
Moins d'accidents surtout corporels	Moins de victimes	Moins de blessures mortelles, graves ou légères

Source : (Adapté de)

Beaulne, G. (sous la direction de). *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*. Collectif d'auteurs, Québec, Publications du Québec, 1991, tableau 1.1, p. 13.

Bégin, C. *Traumatismes de la route dans les régions de Lanaudière et des Laurentides. Volume 1*. Département de santé communautaire du CHRDL et Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, janvier 1987, tableau 1, p. 33.

Haddon, W. *Options for the prevention of motor vehicle crash injury*. Isr. Jr. Med. Sci., no 16, 1980, p. 45-65.

STATISTIQUES GÉNÉRALES SUR LES TRAUMATISMES

Les traumatismes se subdivisent en trois grandes catégories. Il s'agit des traumatismes non intentionnels (TNI), des traumatismes intentionnels (TI) et des autres traumatismes (AT).

Les TNI regroupent l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables. Ce sont les traumatismes routiers (lors de conduite de véhicules à moteur, de bicyclettes, de motocyclettes, de véhicules tout terrain (VTI), de motoneiges ou comme piétons), les traumatismes d'origine récréative ou sportive (attribuables à des activités aquatiques ainsi que les collisions et les chutes au cours d'activités sportives), les chutes à domicile ou hors domicile, les intoxications causées par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament, les brûlures, les suffocations, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étranger.

Les TI réfèrent aux suicides, aux agressions (incluant les homicides) et aux interventions de la force publique et des faits de guerre. Les AT concernent principalement les complications de soins et d'actes médicaux et chirurgicaux et d'effets indésirables dus à des médicaments ou à des substances biologiques. À cela s'ajoutent les traumatismes indéterminés quant à l'intention.

Les données populationnelles présentées proviennent du Fichier des décès, du Fichier MED-ÉCHO et de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC)*. De plus, en raison de leur importance statistique dans la région, des données complémentaires sont apportées sur les traumatismes de la route. Elles proviennent des fichiers de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

LES HOSPITALISATIONS PAR TRAUMATISME

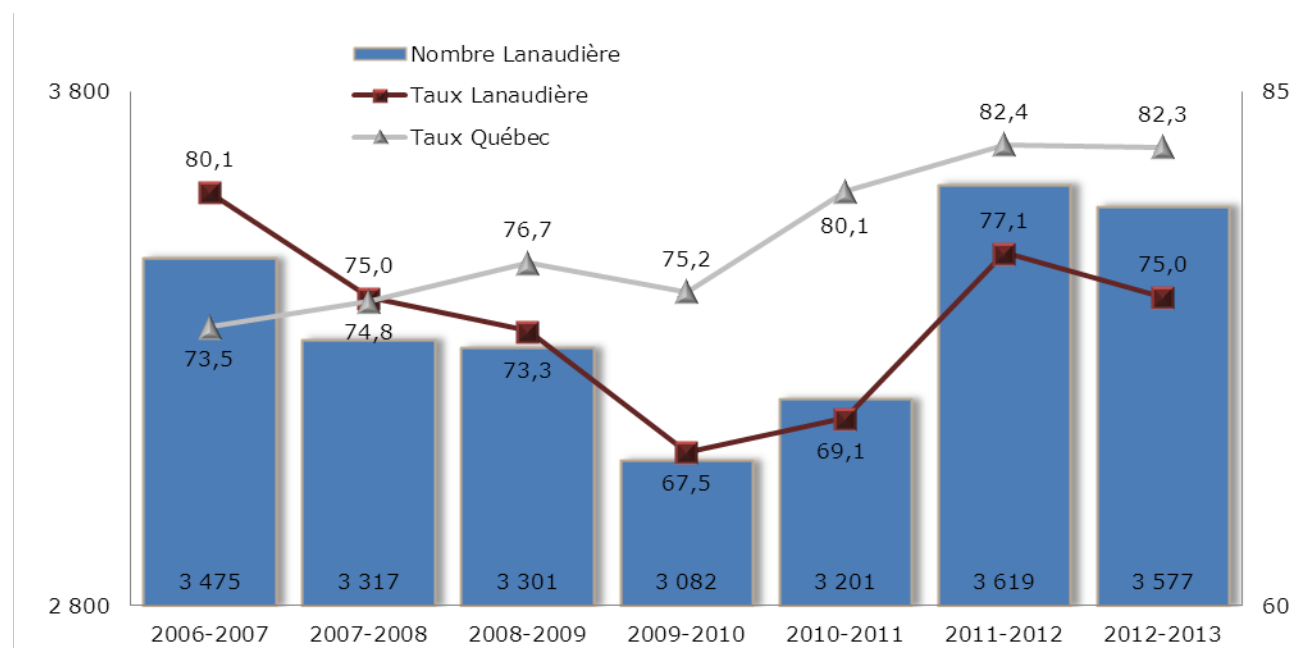
Le nombre d'hospitalisations⁵ par traumatisme entre 2006-2007 et 2012-2013 se caractérise par deux phases. Durant la période 2006-2007 à 2009-2010, le nombre d'hospitalisations par traumatisme est passé de près de 3 500 à un peu moins de 3 100 (Graphique 1). Depuis 2009-2010, le nombre d'hospitalisations a cependant augmenté pour atteindre un sommet de 3 619 en 2011-2012, pour ensuite redescendre à 3 577. Pour la période étudiée, le nombre d'hospitalisations par traumatisme a connu une hausse d'environ 3 % dans la région Lanaudaise. En comparaison, au Québec, l'augmentation est plutôt de près de 18 %.

Dans Lanaudière, cette croissance, au cours de la période 2006-2007 à 2012-2013, est principalement due à l'augmentation des hospitalisations pour une chute ainsi que celle à la suite d'actes médicaux et chirurgicaux et médicaments (Tableau 1).

Malgré l'augmentation du nombre d'hospitalisations dans la région, le taux brut d'hospitalisations par traumatisme a diminué de près de 6 % entre 2006-2007 et 2012-2013 (Graphique 1). Il s'agit d'une tendance inverse à celle observée pour le Québec, puisqu'une augmentation de 12 % est plutôt observée.

⁵ Afin d'alléger le texte, le terme « hospitalisations » désigne les hospitalisations en soins physiques de courte durée.

Graphique 1 - Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour l'ensemble des traumatismes selon l'année financière, sexes réunis, région de résidence, Lanaudière et le Québec, 2006-2007 à 2012-2013 (N et taux bruts pour 10 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2012-2013.

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2013, 2006-2007 à 2012-2013

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2013.

Tableau 1 - Hospitalisations en soins physiques de courte durée par traumatisme selon la cause externe⁶, l'année financière et le territoire de résidence, Lanaudière, 2006-2007 à 2012-2013 (N)

Hospitalisations annuelles par traumatismes

Causes externes de morbidité	CIM-10-CA	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	Variation 2006-2013
Traumatismes non intentionnels	V01-X59, Y85-Y86	2 192	2 151	2 116	1 945	1 995	2 169	2 220	1,3
Accidents de transport	V01-V99, Y85	502	472	469	427	394	394	376	-25,1
Piéton blessé	V01-V09	32	28	36	25	30	12	28	-12,5
Cycliste blessé	V10-V19	50	62	51	55	47	56	43	-14,0
Motocycliste blessé	V20-V29	49	70	87	49	55	52	42	-14,3
Occupant d'un véhicule à trois roues blessé	V30-V39	2	3	2	3	1	2	4	100,0
Occupant d'un véhicule spécial tout-terrain ou autre véhicule conçu pour être utilisé hors d'une route blessé	V86	67	69	76	85	68	62	79	17,9
Occupant d'un véhicule à moteur blessé	V40-V79	240	181	170	161	150	150	145	-39,6
Autres accidents de transport ou sans précision	V80-V99, sauf V86, Y85	62	59	47	49	43	60	35	-43,5
Chutes	W00-W19	1 154	1 200	1 135	1 073	1 135	1 281	1 338	15,9
Noyades et submersions	W65-W74	3	0	4	6	2	3	2	-33,3
Suffocations et corps étrangers	W44, W75-W84	38	27	32	30	30	30	32	-15,8
Incendies et brûlures	X00-X19	19	23	23	17	17	24	9	-52,6
Intoxications	X40-X49	69	37	51	41	52	43	62	-10,1
Autres	W20-W43, W45-W64, W85-W99, X20-X39, X50-X59, Y86	407	392	402	351	365	394	401	-1,5
Traumatismes intentionnels	X60-Y09, Y35-Y36, Y87.0, Y87.1, Y89.0, Y89.1	167	159	152	188	173	165	191	14,4
Suicides	X60-X84, Y87.0	126	119	117	135	137	125	136	7,9
Agressions (et homicides)	X85-Y09, Y87.1	41	40	34	51	35	38	53	29,3
Interventions de la force publique et faits de guerre	Y35-Y36, Y89.0, Y89.1	0	0	1	2	1	2	2	
Traumatismes - autres	Y10-Y34, Y40-Y59, Y87.2, Y88.0, Y60-Y84, Y88 (.1-.3), Y89.9	1 125	1 017	1 043	957	1 046	1 285	1 166	3,6
Traumatismes indéterminés quant à l'intention	Y10-Y34, Y87.2, Y89.9	28	36	38	21	30	23	24	-14,3
Actes médicaux et chirurgicaux et Médicaments	Y40-Y59, Y88.0, Y60-Y84, Y88 (.1-.3)	1 097	981	1 005	936	1 016	1 262	1 142	4,1
ENSEMBLE DES TRAUMATISMES	V01-Y98	3 484	3 327	3 311	3 090	3 214	3 619	3 577	2,7

Basé sur les regroupements de l'Infocentre et celui du document La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans (Gagné, 2006, p.15).

ENSEMBLE DES TRAUMATISMES - Québec	femmes	26 704	27 558	28 819	28 699	31 362	31 362	32 999
	hommes	28 204	28 777	29 506	29 018	30 717	30 717	32 012

Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2012-2013

Base de données sur les congés des patients. Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2013, 2006-2007 à 2012-2013.

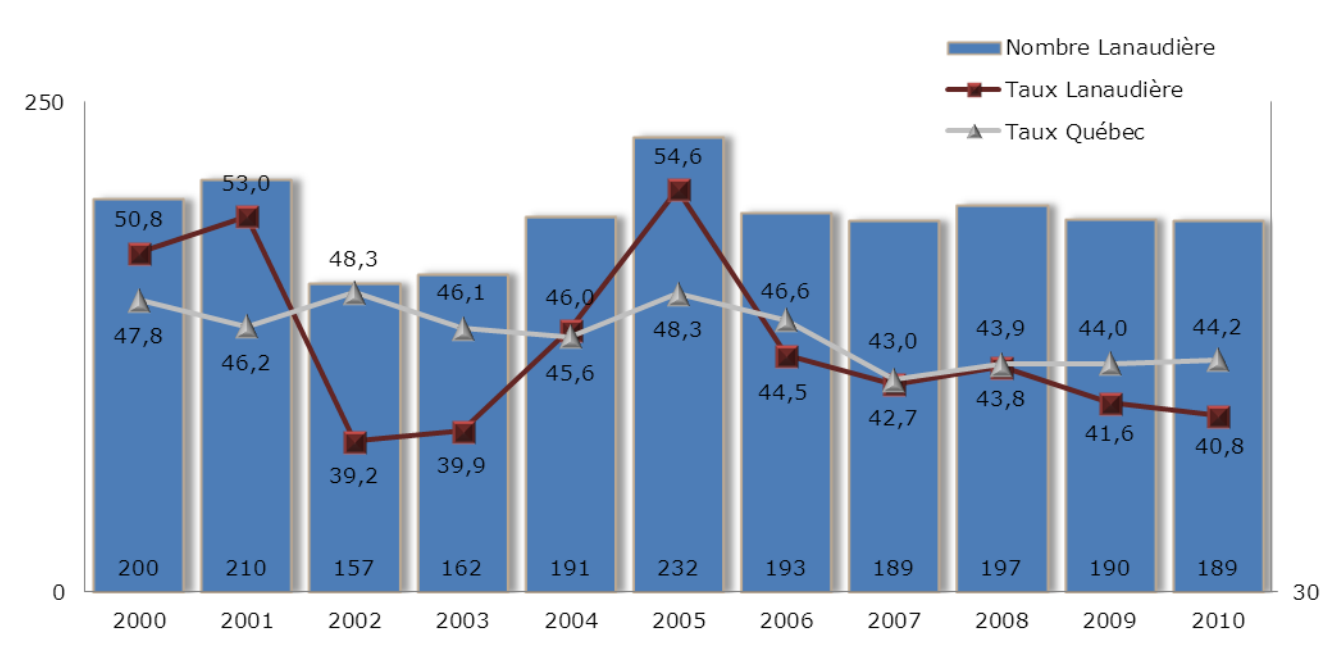
⁶ Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la classification internationale des maladies (CIM) sur les causes externes de morbidité et de mortalité permet la classification de circonstances et d'événements environnementaux en tant que causes de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres effets secondaires (ICIS, CIM-10-CA, 2012, p. 841).

LA MORTALITÉ PAR TRAUMATISME

De 2000 à 2010, 2 110 décès par traumatisme sont survenus dans la population lanaudaise, soit un peu plus de 190 par année (Tableau 2). Le nombre de décès traumatiques fluctue beaucoup depuis près d'une décennie. De 2000 à 2002, il est passé de 200 à 157, pour ensuite augmenter jusqu'à 232 en 2005, et diminuer à 189 en 2010. Pour cette dernière année, 65 Lanaudoises et 124 Lanaudois sont décédés.

Au cours de la période étudiée, le taux de mortalité par traumatisme a chuté de 20 % dans Lanaudière tandis que dans la province, la baisse est de 8 % (Graphique 2). En 2010, les taux de mortalité par traumatisme sont similaires tant dans Lanaudière qu'au Québec.

Graphique 2 - Mortalité par traumatisme selon l'année, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2000 à 2010 (N et taux bruts pour 100 000 personnes)



Sources :

MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2013.

Tableau 2 - Décès par traumatisme selon la cause externe⁷, l'année et le territoire de résidence, Lanaudière, 2000 à 2010 (N) et variation 2000-2010 (%)

Décès annuels par traumatismes

Causes externes de mortalité	CIM-10-CA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variation 2000-2010
Traumatismes non intentionnels	V01-X59, Y85-Y86	100	100	84	95	117	150	116	103	120	112	112	12,0
Accidents de transport	V01-V99, Y85	49	51	41	51	54	68	58	43	49	47	39	-20,4
<i>Piéton blessé</i>	V01-V09	2	6	3	4	3	2	8	5	7	2	5	150,0
<i>Cycliste blessé</i>	V10-V19	2	3	2	3	1	4	1	2	0	0	1	-50,0
<i>Motocycliste blessé</i>	V20-V29	5	4	3	3	5	8	5	6	6	5	5	0,0
<i>Occupant d'un véhicule à trois roues blessé</i>	V30-V39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Occupant d'un véhicule spécial tout-terrain ou autre véhicule conçu pour être utilisé hors d'une route blessé</i>	V86	2	9	4	1	4	2	1	0	7	3	4	100,0
<i>Occupant d'un véhicule à moteur blessé</i>	V40-V79	37	23	26	36	36	48	39	25	26	36	22	-40,5
<i>Autres accidents de transport ou sans précision</i>	V80-V99, sauf V86, Y85	1	6	3	4	5	4	4	5	3	1	2	100,0
Chutes	W00-W19	10	13	6	9	12	13	17	13	21	22	13	30,0
Noyades et submersions	W65-W74	2	4	2	3	1	7	3	1	0	5	3	50,0
Suffocations et corps étrangers	W44, W75-W84	4	1	4	2	4	7	1	6	6	3	5	25,0
Incendies et brûlures	X00-X09, X10-X19	3	1	0	2	9	2	5	2	3	1	2	-33,3
Intoxications	X40-X49	9	5	4	3	10	8	7	10	13	10	14	55,6
Autres	W20-W43, W45-W64, W85-W99, X20-X39, X50-X59, Y86	23	25	27	25	27	45	25	28	28	24	36	56,5
Traumatismes intentionnels	X60-Y09, Y35-Y36, Y87.0, Y87.1, Y89.0, Y89.1	85	99	66	62	69	77	71	79	74	71	70	-17,6
Suicides	X60-X84, Y87.0	81	84	61	59	62	70	69	73	67	65	68	-16,0
Agressions (et homicides)	X85-Y09, Y87.1	4	15	5	3	7	7	2	4	6	6	2	-50,0
Interventions de la force publique et faits de guerre	Y35-Y36, Y89.0, Y89.1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	
Traumatismes - autres	Y10-Y34, Y40-Y59, Y87.2, Y88.0, Y60-Y84, Y88 (.1-.3), Y89.9	15	11	7	5	5	5	6	7	3	7	7	-53,3
Traumatismes indéterminés quant à l'intention	Y10-Y34, Y87.2, Y89.9	10	9	6	4	4	3	5	4	2	5	5	-50,0
Actes médicaux et chirurgicaux et Médicaments	Y40-Y84, Y88, Y90-Y98	5	2	1	1	1	2	1	3	1	2	2	-60,0
ENSEMBLE DES TRAUMATISMES	V01-Y98	200	210	157	162	191	232	193	189	197	190	189	-5,5

Basé sur les regroupements de l'Infocentre et celui du document La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans (Gagné, 2006, p.15)
Source : MSSS, Fichier de décès, 2000 à 2010.

⁷ Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la classification internationale des maladies (CIM) sur les causes externes de morbidité et de mortalité permet la classification de circonstances et d'événements environnementaux en tant que causes de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres effets secondaires. ([ICIS, CIM-10-CA, 2012](#), p. 841).

LES TRAUMATISMES DE LA ROUTE

Cette section porte plus spécifiquement sur les victimes d'accident de la route et sur le port du casque de sécurité en vélo.

LES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA ROUTE

Depuis 2007, le nombre de victimes sur les routes Lanaudoises, indépendamment de la nature des blessures, a tendance à diminuer selon les données de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Entre 2007 et 2012, le nombre de victimes est passé de 3 222 à 2 904, soit une diminution de près de 10 % (Tableau 3). Pour la même période, le Québec a connu une baisse du nombre de victimes passant de 47 971 à 39 541 (-18 %) (Tableau 4).

La tendance à la baisse Lanaudoise est observée pour chacun des types de blessures. En effet, le recul est de 39 % pour les blessures mortelles, 40 % pour les blessures graves et 7 % pour les blessures légères. Au Québec, les baisses sont de l'ordre de 29 %, 30 % et 17 % respectivement.

LES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA ROUTE

Les données de la SAAQ montrent une baisse importante du nombre de décès sur le territoire de Lanaudière, qu'ils soient conducteurs ou passagers d'un véhicule. Ces blessures mortelles sont passées de 37 en 2007 à 22 en 2012, soit une diminution de 40 % (Tableau 3). Pour la même période, le Québec enregistrait une baisse de 26 %. Le nombre de victimes subissant des blessures graves est aussi en baisse chez les conducteurs ou les passagers d'un véhicule. Pour Lanaudière, les données 2007 à 2012 montrent une diminution de 49 %, tandis qu'elle est de 37 % pour le Québec.

En ce qui concerne les autres types de victimes, peu de changement se produit à travers les années. Le nombre de décès de motocyclistes varie entre quatre et sept par année, tandis que chez les piétons, le nombre de victimes de blessures mortelles oscille entre trois et six. Cette constance à travers les années s'observe aussi pour les victimes d'accident grave.

LE PORT DU CASQUE DE VÉLO

Selon les données des enquêtes faites par observation de la SAAQ, la situation du port du casque sur le territoire de Lanaudière ne semble pas s'être améliorée depuis les quinze dernières années (Tableau 5). En effet, la proportion est passée d'environ 26 % en 1996 à près de 28 % en 2008. Pourtant, il est prouvé que le fait de porter un casque permet, 9 fois sur 10, d'éviter les blessures et les décès liés aux traumatismes crâniens⁸.

Quant aux données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010*, elles indiquent que 26 % de la population Lanaudoise de 12 ans et plus pratiquant la bicyclette déclare porter toujours ou la plupart du temps un casque de sécurité (Tableau 6). Cette proportion est significativement inférieure à celle observée pour le Québec (35 %). Les données québécoises démontrent que les jeunes adultes (18-34 ans) portent moins le casque, en proportion, que les 35 ans et plus. Cette tendance semble se confirmer pour la région Lanaudoise.

⁸ Commission scolaire de Laval, *À vélo, j'aime ça avoir la tête dure!* Campagne régionale pour le port du casque, Laval, 2004, p.1.

Tableau 3 - Nombre de victimes selon la nature des blessures et la fonction, région de l'accident Lanaudière, 2007 à 2012 (N)

Nature des blessures	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variation 2007/2012
Mortelles	51	41	52	33	41	31	-39,2
Conducteur	25	21	30	17	23	17	-32,0
Passager	12	8	14	5	8	5	-58,3
Motocycliste ¹	5	7	5	4	5	4	-20,0
Cyclomotoriste ¹	2	0	0	0	0	0	-100,0
Motoneigiste ¹	0	0	0	0	1	1	-
Occupant d'un VTT ¹	0	0	0	1	0	0	-
Cycliste ¹	1	0	0	0	0	0	-100,0
Piéton	6	5	3	6	4	4	-33,3
Non précisée	0	0	0	0	0	0	
Graves²	225	201	175	170	140	136	-39,6
Conducteur	103	104	92	76	74	60	-41,7
Passager	65	29	28	30	28	25	-61,5
Motocycliste ¹	18	24	24	23	16	18	0,0
Cyclomotoriste ¹	6	3	4	6	3	2	-66,7
Motoneigiste ¹	0	2	0	0	0	0	-
Occupant d'un VTT ¹	2	6	2	6	0	3	50,0
Cycliste ¹	10	11	7	8	7	5	-50,0
Piéton	21	22	17	21	10	23	9,5
Non précisée	0	0	1	0	2	0	
Légères	2 946	2 983	2 731	2 787	2 779	2 737	-7,1
Conducteur	1 679	1 779	1 602	1 713	1 634	1 660	-1,1
Passager	749	769	703	655	738	680	-9,2
Motocycliste ¹	169	129	151	147	126	142	-16,0
Cyclomotoriste ¹	93	69	58	47	47	49	-47,3
Motoneigiste ¹	6	6	7	4	3	8	33,3
Occupant d'un VTT ¹	8	5	10	13	9	4	-50,0
Cycliste ¹	125	117	92	96	101	82	-34,4
Piéton	115	107	102	106	120	105	-8,7
Non précisée	2	2	6	6	1	7	250,0
Total des victimes	3 222	3 225	2 958	2 990	2 960	2 904	-9,9

¹ Comprend les conducteurs et les passagers.

² Nécessitant une hospitalisation.

Source : SAAQ, *Dossier statistique, Bilan routier 2012, accidents, parc automobile, permis de conduire*, 2013.

Tableau 4 - Nombre de victimes selon la nature des blessures et la fonction de l'accident, région de l'accident Québec, 2007 à 2012 (N)

Nature des blessures	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variation 2007/2012
Mortelles	614	561	510	487	486	436	-29,0
Conducteur	322	296	275	234	267	243	-24,5
Passager	109	110	95	105	72	76	-30,3
Motocycliste ¹	63	53	44	40	41	43	-31,7
Cyclomotoriste ¹	6	6	1	4	4	2	-66,7
Motoneigiste ¹	4	5	5	4	3	5	25,0
Occupant d'un VTT ¹	4	2	0	6	4	1	-75,0
Cycliste ¹	17	13	16	21	17	13	-23,5
Piéton	88	75	69	63	77	53	-39,8
Non précisée	1	1	5	10	1	0	-100,0
Graves²	2 843	2 340	2 234	2 296	2 023	1 966	-30,8
Conducteur	1 331	1 129	1 046	1 029	910	873	-34,4
Passager	621	485	452	457	402	350	-43,6
Motocycliste ¹	280	241	249	251	217	241	-13,9
Cyclomotoriste ¹	84	60	48	70	38	48	-42,9
Motoneigiste ¹	11	19	10	9	11	13	18,2
Occupant d'un VTT ¹	22	16	13	28	21	29	31,8
Cycliste ¹	128	117	112	107	105	88	-31,3
Piéton	360	269	298	340	312	323	-10,3
Non précisée	6	4	6	5	7	1	-83,3
Légères	44 514	41 221	40 832	41 059	39 413	37 139	-16,6
Conducteur	24 952	23 321	23 113	23 707	22 859	21 550	-13,6
Passager	11 199	10 205	10 336	10 074	9 509	8 683	-22,5
Motocycliste ¹	1 790	1 609	1 583	1 592	1 587	1 572	-12,2
Cyclomotoriste ¹	1 045	1 039	899	807	717	711	-32,0
Motoneigiste ¹	31	47	51	31	23	48	54,8
Occupant d'un VTT ¹	84	66	55	71	64	70	-16,7
Cycliste ¹	2 309	1 942	1 974	1 901	1 754	1 853	-19,7
Piéton	3 043	2 922	2 761	2 827	2 841	2 601	-14,5
Non précisée	61	70	60	52	59	51	-16,4
Total des victimes	47 971	44 122	43 576	43 842	41 922	39 541	-17,6

¹ Comprend les conducteurs et les passagers.

² Nécessitant une hospitalisation.

Source : SAAQ, Dossier statistique, Bilan routier 2012, accidents, parc automobile, permis de conduire.

Tableau 5 - Estimations du taux de port du casque de sécurité chez les cyclistes, 2008

	Lanaudière	Le Québec
1996	25,7	24,5
1998	24,7	26,9
2000	20,0	25,4
2002	27,7	28,6
2004	25,7	36,6
2006	31,0	37,2
2008	28,3	36,5

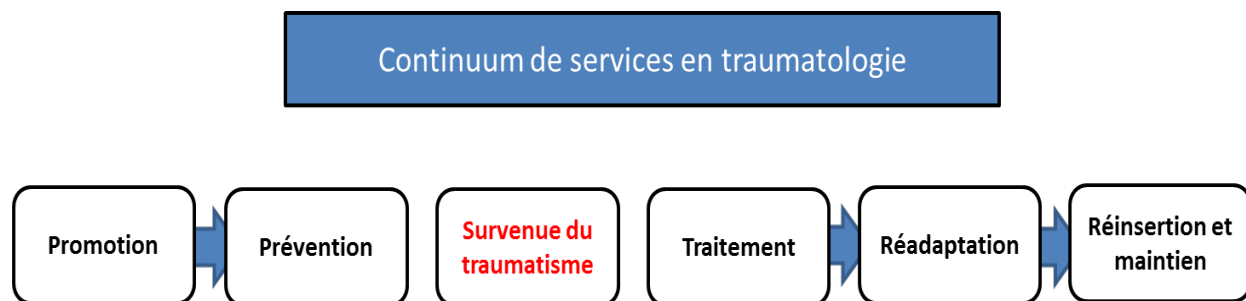
Source : SAAQ, *Enquête 2008 sur le port du casque de sécurité*. Novembre 2009

Tableau 6 - Cyclistes portant le casque au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge et le sexe, population de 12 ans et plus, Lanaudière et le Québec, 2009-2010 (%)

	Lanaudière	Le Québec
12-17 ans	23,9*	33,6
18-34 ans	15,7*	27,6
35-44 ans	27,8*	35,0
45-54 ans	32,0*	39,2
55 ans et plus	38,5*	45,0
Total	26,4	35,0

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2009-2010, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) version sur CD-ROM, numéro 82M0012XCB-2011000 au catalogue 2011.



Le [continuum de services en traumatologie](#) (CST) constitue le modèle d'organisation des services de traumatologie québécois. Il est constitué de 14 maillons qui couvrent la prévention de l'accident jusqu'au retour à la vie professionnelle et sociale. Le CST est un système intersectoriel auquel participent des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, universitaires et communautaires.

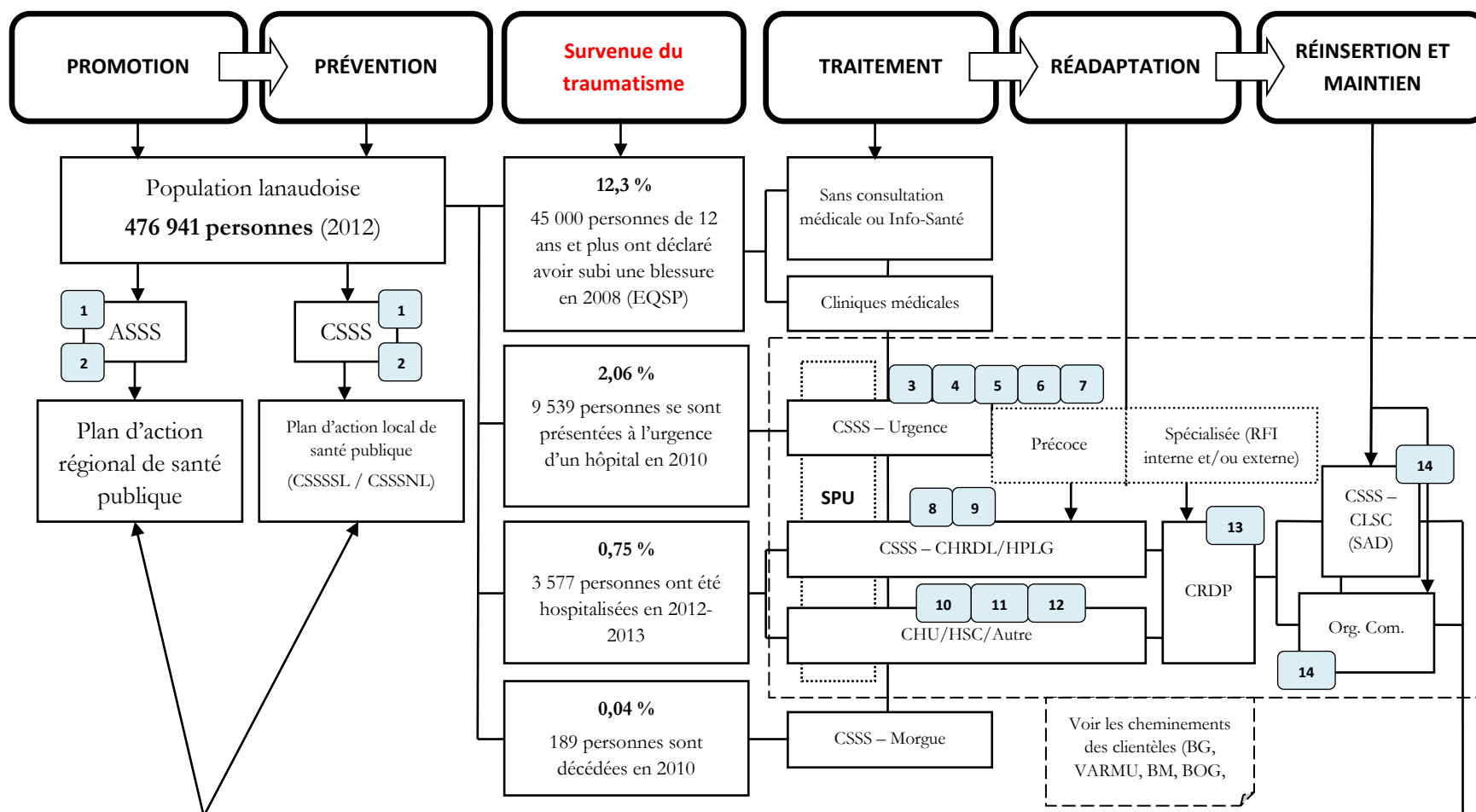
Le CST s'articule selon un modèle basé sur la matrice de Haddon, qui comprend trois types de prévention. La prévention primaire, qui consiste à prévenir les accidents, ainsi que la prévention secondaire, qui vise à prévenir les blessures, constituent respectivement le premier et le deuxième maillon du continuum de services. La prévention tertiaire, qui vise la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux séquelles des traumatismes, occupe également une place importante dans les préoccupations des partenaires du continuum et réfère aux 12 autres maillons du CST.

Le CST est un réseau intégré de services offrant aux victimes de traumatismes tous les services personnalisés nécessaires, selon la complexité et la gravité de leur état. Ses objectifs principaux sont l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité. (INESSS, 2012, extrait du site Web, page consultée le 14 février 2014)

L'Agence a adapté et mis en place le modèle du CST qui s'appuie sur un partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux. Il est l'aboutissement de plusieurs années de travail de tous les partenaires du réseau visant à ce que les délais d'accès à des soins et des services de qualité soient les plus courts possible malgré les caractéristiques géographiques et démographiques de la région de Lanaudière.

L'une des forces de ce continuum est son système d'amélioration continue de la qualité des services qui permet de prévenir, de détecter et de corriger les situations qui pourraient compromettre la qualité des services. L'équipe de traumatologie de l'INESSS, en raison de son mandat, et en collaboration avec le MSSS, élabore des indicateurs visant à maintenir et à améliorer la performance de l'ensemble des maillons du CST, et veille à l'atteinte de cet objectif. Les maillons sont regroupés en 6 étapes du continuum (Figure 1). À chaque étape, différents acteurs jouent leurs rôles respectifs pour assurer d'offrir les services selon les meilleurs pratiques. La prochaine figure offre un visuel des pistes d'actions de l'Agence ainsi que du cheminement des victimes et un portrait populationnel. Les maillons (14) du CST sont inclus à titre de référence dans la figure, dans des petites boîtes de couleurs.

Figure 1 - Continuum de services en traumatologie – Modèle schématique



Source : (Adapté de) Bégin, C. *Algorithme - Prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Volet Activité physique - Document de travail*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service prévention-promotion, décembre 2012, 4 p.

Note : Les carrés avec un numéro correspondent au numéro du maillon du continuum de services en traumatologie. Il s'agit : 1 – Prévention des accidents; 2 – Prévention des blessures; 3 – Premiers intervenants / Centres 911; 4 – Centres de communication santé; 5 – Premiers répondants, services policiers et unités désincarcération; 6 – Services ambulanciers; 7 – Stabilisation médicale; 8 – Centres primaires; 9 – Centres secondaires; 10 – Centres tertiaires; 11- Centres d'expertise; 12 – Réadaptation interne; 13 – Réadaptation externe; 14 – Services de maintien dans le milieu de vie.

MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE

COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE

Ce comité réunissant les représentants des régions a été réactivé en décembre 2013. Deux rencontres annuelles seront prévues et le mandat du comité est en cours de redéfinition par le MSSS. En plus de cette structure, le Comité des centres tertiaires et la Table des responsables des établissements œuvrent sur des mandats de neurotraumatologie et sur une entente de services de réadaptation avec la SAAQ.

MANDAT

- Assurer l'intégration des enjeux régionaux concernant l'ensemble des maillons constituant le Continuum de services en traumatologie.
- Permettre un partage d'informations concernant l'amélioration continue du réseau de services en traumatologie pour tous les intervenants concernés.
- Assurer le suivi des recommandations du Groupe-conseil en traumatologie ayant trait à l'amélioration continue de la qualité des services dans les volets de santé physique et de réadaptation/intégration sociale des différentes clientèles en traumatologie.
- Établir un arrimage avec les différents comités régionaux pour assurer des liens de complémentarité requise, le respect d'ententes interétablissements et l'amélioration des services découlant de la mise en place de continuum de soins aux clientèles spécifiées.
- Identifier les besoins du réseau en termes de formation continue touchant divers aspects de la traumatologie.
- Fournir sur demande des avis au MSSS ayant trait au développement, à la consolidation et à l'amélioration continue des services offerts aux victimes de traumatismes.

COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE

Ce comité réunit les acteurs et décideurs de notre région en traumatologie pour définir les enjeux régionaux (voir l'Annexe 1 pour la fiche complète). Ce comité doit se réunir au moins 4 fois par année.

MANDAT

- Poursuivre, actualiser et compléter la consolidation du réseau régional de traumatologie, de même que le monitoring des fonctions évaluatives des quatorze maillons du CST dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux traumatisés.
- Suite à ce monitoring :
 - o Participer à identifier l'apparition de nouvelles évidences de pratiques en traumatologie;
 - o Appliquer les données probantes et s'appuyer, si nécessaire, sur de nouvelles recherches pour l'élaboration de protocoles cliniques et/ou de guides de pratiques en fonction des orientations de l'INESSS;
 - o Actualiser ces guides et collaborer avec l'INESSS et le MSSS à la diffusion et la mise en application de ces guides auprès de nos établissements;
 - o Mettre en place les critères d'implantation et d'évaluation de résultats par l'utilisation d'une matrice, d'indicateurs de qualité ainsi que de tableaux de bord;
 - o Faire les recommandations nécessaires aux différents acteurs concernés et assurer leur suivi conjointement avec la DRAMU et les services préhospitaliers;
 - o Maintenir à jour le Plan directeur régional en traumatologie, les plans d'action spécifiques, les guides et les recommandations selon un échéancier déterminé et les diffuser aux intervenants impliqués.
- Arrimer le comité régional aux deux comités locaux.
- S'assurer que les recommandations issues des travaux de l'INESSS soient acheminées aux établissements de la région, dans les délais convenus. Dans ces recommandations, pourraient se retrouver celles touchant les paramètres d'organisation des services, l'agrément des établissements ou toutes autres recommandations jugées indispensables à l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes traumatisées.

COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE

Les deux comités locaux en traumatologie sont opérationnels depuis plusieurs années et respectent le mandat ministériel. Ces comités doivent se réunir au moins 4 fois par année.

MANDAT

- Assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'établissement.
- Identifier et adresser aux responsables des directions/services concernés des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatologie.
- Assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un registre des traumatismes.
- 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 du MSSS.
- Assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies et procéder à l'étude des dossiers en fonction des critères et des objectifs à déterminer, y compris les cas de mortalité.
- 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.
- Assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatismes.
- Assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont).
- Assurer un rôle consultatif auprès de l'Agence pour l'organisation des services sur le territoire et touchant l'orientation des victimes prises en charge (transport primaire).

Continuum de services en traumatologie



SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Les accidents ne sont pas tous évitables, mais les traumatismes qui peuvent en découler, eux, sont généralement prévisibles et on peut en prévenir la majorité de ceux-ci en réduisant les risques liés à l'activité. Il est donc possible de protéger les individus. La promotion de la sécurité dans les milieux de vie et la prévention des traumatismes nécessitent le recours à des approches et des méthodes multifactorielles et multidisciplinaires.

À cela s'ajoute l'évaluation, cette dernière fournit des données pour soutenir la mise en place de stratégies les plus efficaces ou prometteuses. Aucun organisme ne peut prétendre à lui seul diminuer le nombre d'accidents et de traumatismes, c'est un effort collectif.

Les services de promotion et de prévention ciblés par le Plan directeur régional en traumatologie porte sur les TNI et TI. Les interventions présentées sont issues du [*Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*](#) (ASSS de Lanaudière, 2012). Le MSSS a accepté de prolonger les actions prévues à ce plan jusqu'au 31 mars 2015, tout comme c'est le cas pour le [*Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*](#) (MSSS, 2008).

Les actions qui seront issues du prochain PAR de santé publique seront ajoutées au présent plan directeur, le cas échéant.

LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ

La promotion de la sécurité dans les milieux de vie constitue un volet important. Celui-ci vise notamment des actions favorisant la création d'environnements sains et sécuritaires. À ce titre, les intervenants en TNI participent, en collaboration avec les intervenants en santé environnementale, au processus de révision des schémas d'aménagement du territoire proposés par les MRC et au processus d'évaluation d'impact des projets de développement.

Des efforts doivent être concertés afin de modifier les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité ainsi que les environnements physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel. L'annexe 2, à la section Secteur Promotion et prévention, présente les actions prévues par le PAR de santé publique, incluant celles réalisées à ce jour.

LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

La prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels passe par des interventions au niveau de l'éducation, de l'ingénierie et de politiques publiques favorables à la sécurité, notamment de lois et de règlements au niveau gouvernemental, tant au fédéral, qu'au provincial et qu'au municipal. Il s'agit notamment d'actions qui visent à changer les comportements des individus, à rendre l'environnement plus sécuritaire ou, encore, à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle pour prévenir les blessures et les empoisonnements qui surviennent involontairement.

Les TNI regroupent les activités visant à prévenir les blessures et les empoisonnements qui surviennent involontairement. L'amélioration du bilan routier, c'est-à-dire la diminution du nombre de décès et de blessures graves sur les routes, est une préoccupation constante du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de ses partenaires. C'est le cas également de l'amélioration de la sécurité à domicile, de la sécurité dans la pratique des activités récréatives ou sportives ainsi que de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

L'atteinte des objectifs dans le domaine des traumatismes non intentionnels et intentionnels repose sur une condition absolument essentielle : la concertation de tous les acteurs visés. La participation à des activités intersectorielles, à des tables de concertation ou à des comités mis sur pied par les ministères et les organismes responsables de ces secteurs représente un élément-clé pour les intervenants de santé publique. Il s'agit là d'un levier incontournable pour promouvoir la sécurité dans les différents milieux de vie et prévenir les traumatismes évitables.

Dans Lanaudière, les actions régionales décrites dans cette section s'inscrivent dans l'atteinte des objectifs du programme national de santé publique (PNSP) du MSSS (2008).

**Objectifs sociosanitaires du Programme national de santé publique (mise à jour 2008)
et mesures initiales des indicateurs, Lanaudière**

Objectifs	Mesures initiales	Périodes
Réduire le taux de mortalité par suicide : - à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes - à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes	25,4 pour 100 000 6,1 pour 100 000	2006-2015 ^a 2006-2015 ^a
Réduire les tentatives de suicide : - à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes - à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes	np 5 pour 1000	2015 ^b 2015 ^b
Réduire la morbidité liée aux traumatismes non intentionnels ¹	48,7 pour 10 000	2006-2015 ^c
Réduire la mortalité liée aux traumatismes non intentionnels ¹	25,6 pour 100 000	2006-2015 ^c
Réduire de 30 % la morbidité chez les usagers du réseau routier ²	6,6 pour 10 000	2006-2015 ^c
Réduire de 30 % la mortalité chez les usagers du réseau routier ²	9,7 pour 100 000	2006-2015 ^a
Réduire la morbidité chez les conducteurs de véhicules hors route ³	1,6 pour 10 000	2006-2015 ^c
Réduire la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route ³	0,6** pour 100 000	2006-2015 ^a
Réduire la morbidité liée aux chutes ⁴ et aux blessures à domicile	26,3 pour 10 000	2006-2015 ^c
Réduire la mortalité liée aux chutes ⁴ et aux blessures à domicile	3,8 pour 100 000 ⁵	2006-2015 ^a
Réduire de 15 % la mortalité liée aux traumatismes récréatifs ou sportifs	nd	
Réduire de 40 % la mortalité liée aux traumatismes récréatifs ou sportifs	nd	

¹ Comprend les codes CIM-10 CA : V01-X59, Y85-Y86.

² Comprend les codes CIM-10 CA : V02-V04 (.1,.9), V09.2, V09.3, V10-V19 (.4,.5,.9), V20-V29 (.4,.5,.9), V30-V39(.5,.6,.7,.9), V40-V79 (.5,.6,.7,.9)

³ Correspond au code CIM-10 CA : V86.

⁴ Correspond au code CIM-10 CA : W00-W19.

⁵ Le taux obtenu se réfère uniquement aux chutes.

Notes :

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

np : Donnée non présentée en raison du faible nombre de répondants

nd : Donnée non disponible

Le MSSS a accepté de prolonger les actions prévues jusqu'au 31 mars 2015.

Sources :

^a MSSS, Fichier des décès, 2006 à 2008. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2013.

^b Fichier maître de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008*, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

^c MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2008-2009.

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2913; STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2013.

L'annexe 2, à la section Secteur Promotion et prévention, présente, en lien avec le PNSP, les actions régionales en prévention des traumatismes intentionnels et non intentionnels prévues par le *PAR* de santé publique, incluant celles réalisées à ce jour. Elles portent sur :

Actions prévues par le PAR	Actions réalisées à ce jour
La réduction de l'accessibilité aux armes à feu	La DSP a été le porte-parole des directeurs régionaux de santé publique du Québec dans le cadre d'une prise de position commune visant à s'opposer aux projets de loi C-391 et C-19. Des actions de communication, de représentation et de sensibilisation ont été réalisées entre mai et septembre 2010 (C-391), entre novembre 2011 et mars 2012 (C-19), en avril 2013 et avril 2014, au niveau régional, national ou fédéral.
La prévention du suicide	Les sentinelles en prévention du suicide sont des intervenants de divers milieux et des professionnels de la santé œuvrant en première ligne pour mieux repérer la clientèle à risque, notamment les hommes adultes. La DSP a formé des intervenants du CPS pour devenir des formateurs régionaux. De 2009-2010 à 2012-2013, 589 sentinelles ont été formées par le CPS. Il s'ajoute annuellement un minimum de 70 nouvelles sentinelles formées.
La promotion de la sécurité dans les milieux de vie	Depuis 2012-2013, le MSSS demande aux DSP d'intégrer la préoccupation de la sécurité dans les milieux de vie aux actions relevant d'autres domaines ou stratégies d'intervention du PNSP, notamment : • Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale (notamment la violence et le suicide); • Les habitudes de vie et les maladies chroniques; • La santé environnementale; • Le développement des communautés; • L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être; • Les pratiques cliniques préventives. La DSP collabore au processus de planification des schémas d'aménagement et de développement des MRC, du Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD) de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) ainsi qu'aux études d'impact relatives aux projets routiers ou cyclables et émet des avis ou mémoires à ce sujet, notamment au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE). À ce sujet, la DSP a mis sur pied un comité interne portant sur l'aménagement, le développement durable et l'occupation du territoire (CADDOT). Celui-ci a pour mandat de conseiller le Directeur de santé publique sur ces questions au niveau des MRC, et ce, afin de créer des environnements favorables à la santé et à la qualité de vie de la population Lanaudaise.
Les activités de prévention des traumatismes routiers	De 2009-2010 à 2012-2013, 10 307 sièges d'auto ont été vérifiés par les CSSS et les OC Famille, en collaboration avec des corps de police municipaux et la Sûreté du Québec (SQ). De plus, les CSSS et les OC Famille ont acheté et distribué 1 849 sièges d'auto à des familles démunies et 3 093 enfants ou parents ont reçu un enseignement sur l'utilisation appropriée d'un dispositif de retenue pour enfants (DRE). En décembre 2013, 32 organismes de la région offraient le service de vérification de sièges d'auto pour enfants, à titre de membre du Réseau provincial permanent de vérification de sièges d'auto pour enfants, soit : des CLSC (CSSS), des OC Famille, des services de police, des garagistes et des magasins. Ce réseau a été mis sur pied par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le CAA Québec. La DSP participe à un comité de travail tripartite sur les DRE (Agence, CSSS du Nord de Lanaudière, Commission scolaire (CS) des Samares et leurs partenaires) pour planifier et réaliser des interventions au niveau scolaire (maternelle à la 6^e année du primaire). La DSP est toujours en attente d'une demande d'accès aux fichiers de données du MTQ pour la détermination d'endroits dangereux. Toutefois, ces préoccupations sont mentionnées dans le cadre d'autres actions régionales.

Actions prévues par le PAR	Actions réalisées à ce jour
	La DSP participe à un comité de travail tripartite sur l'alcool et le bal des finissants (Agence, CSSS du Nord de Lanaudière, CS des Samares et leurs partenaires) pour planifier et réaliser des interventions au niveau scolaire (5^e année du secondaire), notamment l'alcool au volant, la vitesse et le cellulaire. La DSP participe à la Table de concertation sur les véhicules hors route de la CRE. Les CSSS et les OC Famille réalisent des activités de promotion sur le port de la ceinture de sécurité chez les moins de 13 ans et la sécurité à vélo.
Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile	De 2009-2010 à 2012-2013, les CSSS et les OC Famille ont rejoint quelque 17 078 enfants de 0-4 ans, 31 939 enfants de 5-17 ans et 17 025 parents (66 042 personnes au total) dans le cadre d'activités favorisant l'achat, la distribution, la vérification, l'installation de matériel de sécurité ou l'enseignement en matière de sécurité. En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé le cadre de référence sur La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Ce cadre comporte trois volets : l'intervention multifactorielle non personnalisée (de type PIED), l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) et les pratiques cliniques préventives. La DSP de l'Agence planifie, coordonne, soutient la mise en œuvre régionale du continuum de services et assume la reddition de comptes. Actuellement, les CAB sont les mandataires de l'Agence pour le programme PIED. De 2009 à 2012, 51 sessions du PIED ont été offertes dans la région et 651 personnes âgées de 60 ans et plus y ont participé. Actuellement, les CSSS ont implanté le programme IMP en prévention des chutes à domicile auprès des personnes âgées de 65 ans et plus inscrites au service de soutien à domicile (SAD). De 2009-2010 à 2012-2013, 2 573 usagers différents du SAD ont reçu au moins une IMP. Depuis octobre 2012, des pharmaciens de la région collaborent au volet IMP pour l'évaluation de l'inventaire de la médication des usagers participant. En septembre 2013, 94 % (92/98) des pharmacies de la région participaient à ce volet. Des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille (GMF) participent au volet IMP depuis 2002. Le programme de maintien des acquis a été modifié pour s'intégrer aux programmes Viactive. En 2008, la DSP a mis sur pied le Comité régional sur la prévention des chutes dans un continuum de services aux aînés vivant à domicile pour le volet Activité physique. Le comité est coordonné par la DSP et il regroupe des représentants des CSSS, des CAB et de la FADOQ. Éventuellement, des représentants des cliniques médicales et des GMF pourront se joindre à ce comité. Un document de soutien à l'implantation de ce continuum est en voie d'élaboration.
Les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs	La DSP réalise annuellement des activités de communication sur la prévention des noyades et, notamment, sur la sécurité des piscines résidentielles. Cette activité n'est plus incluse dans le calcul des résultats attendus par le MSSS. La DSP répond, sur demande, aux écoles qui veulent rendre sécuritaire l'aménagement de leurs aires et équipements de jeux, notamment dans le cadre du programme « Ma cour un monde de plaisir ». La DSP réalise annuellement des activités de communication sur la prévention des noyades et, notamment, sur la sécurité sur les plans d'eau. La DSP a fait une investigation sur des cas d'accidents de glissade hivernale (sur tube) survenus à un centre d'activités (février à mars 2011). La DSP a transmis le résultat de son investigation aux acteurs concernés en avril 2011. La DSP va collaborer, sur demande, avec les CSSS, le MELS ou le Bureau du coroner pour soutenir des interventions sur la pratique sécuritaire des sports de glisse. Aucune demande n'a été adressée à la DSP.



SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* a vu le jour et a été adoptée en 2002. Depuis, le MSSS, les ASSS, la Corporation d'Urgences-santé et les entreprises ambulancières ont concentré leurs efforts à mettre en place les divers maillons de la chaîne préhospitalière comme dictée par la loi. Cette chaîne se décline en six volets tout aussi importants les uns que les autres. Les actions concertées de l'ensemble des acteurs visés ont permis d'améliorer la qualité des soins préhospitaliers dispensés à la population québécoise.



Les services préhospitaliers d'urgence (SPU) 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 Lanaudière s'est mobilisée afin d'actualiser les différentes recommandations et assurer le bon fonctionnement de tous les maillons de la chaîne.

PREMIERS INTERVENANTS

Les premiers intervenants sont les témoins et les premières personnes qui arrivent sur les lieux de l'accident fortuitement ou par un autre moyen que l'appel logé à un centre de communication santé (CCS).

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

Cela commande des solutions ciblées pour améliorer la perception de la population face à la notion d'urgence et à l'intervention dans une telle situation. L'Agence se préoccupe de la faiblesse de ce maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière. C'est pour cette raison que le programme *Héros en trente* © est priorisé en impliquant les partenaires de notre région. Cette courte formation a été développée par le MSSS en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et la Corporation d'Urgences-santé. Elle consiste à apprendre, entre autres, une version simplifiée de la RCR; une méthode simple et efficace qui utilise seulement le massage cardiaque, sans la ventilation « bouche à bouche » ainsi que l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA).

L'apprentissage de la technique de base pour sauver une vie se voit grandement simplifié depuis que plusieurs études ont démontré que, dans les premières minutes, le massage cardiaque seul est aussi efficace que le massage cardiaque avec la technique de bouche-à-bouche. Cette formation de 30 minutes prépare à intervenir rapidement et efficacement auprès d'un individu qui s'étouffe ou qui est en arrêt cardiorespiratoire (ACR), et ce, jusqu'à l'arrivée des secours. Le fait d'avoir suivi cette formation augmente la confiance du participant pour intervenir auprès d'un ami ou de toute autre personne et devenir un héros pour la vie. L'équipe des SPU de l'Agence souhaite offrir cette formation annuellement et gratuitement pendant le mois de la RCR (novembre) à sa population.

À ce jour, la formation en RCR-DEA et en premier secours ne fait pas partie systématiquement du cursus scolaire. En attendant une position du ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS) à cet effet, l'Agence se propose de faire la promotion de cette formation dans les écoles secondaires de la région. Des initiatives locales et des programmes existent déjà comme la Fondation ACT⁹. L'équipe des SPU de l'Agence en fera aussi la promotion.

CENTRE D'APPELS 911

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

Dans la région de Lanaudière, cinq centres primaires 911 desservent l'ensemble des municipalités de la région, sauf la réserve amérindienne de Manawan. Le conseil de bande de Manawan fait actuellement des démarches pour mettre en place le centre d'appels 911 sur son territoire.

CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ (CCS)

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

La région de Lanaudière est desservie par le CCSLL situé à Blainville. Le CCSLL utilise la répartition assistée par ordinateur (RAO) pour supporter, entre autres, le *Medical Priority Dispatch System* (MPDS). Le MPDS est utilisé pour le tri des appels qui arrivent au CCSLL. Cette technologie est jumelée à un système de localisation GPS intégré dans chacun des véhicules ambulanciers qui permet en temps réel d'affecter la ressource la plus appropriée à intervenir, et d'améliorer les délais d'intervention.

⁹ La Fondation ACT est un organisme de bienfaisance national qui met sur pied les programmes de formation gratuits de RCR et de DEA dans les écoles secondaires du Canada

Un programme d'amélioration continue de la qualité de la prise d'appels et de la répartition est en place de façon à s'assurer que les répartiteurs répondent de façon conforme aux protocoles existants. Ce programme offre aussi un soutien et un encadrement à ce secteur d'activités. Il est ainsi possible d'améliorer la qualité des services par une approche systémique (technologique, procédurale et humaine). Ce processus permet aux répartiteurs médicaux d'urgence de comprendre davantage leurs actions en lien avec la traumatologie dès la prise d'appel.

PREMIERS RÉPONDANTS ET SERVICES POLICIERS AVEC DEA

Depuis près de vingt ans, les premiers répondants (PR) et les services policiers avec DEA assurent, dans plusieurs régions du Québec de par leur proximité à la population, une réponse rapide et efficace pour des situations d'urgences vitales en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP). Ce service relève des municipalités, mais est supporté par l'équipe des SPU de l'Agence et son directeur médical régional. Au cours des dernières années, on a constaté une implication grandissante des municipalités à l'égard des différentes responsabilités reliées à ce secteur d'intervention. C'est pourquoi les agences ont travaillé à consolider ce maillon de la chaîne préhospitalière. De son côté, le MSSS a développé divers niveaux de formation permettant de supporter le déploiement des services de premiers répondants au besoin des populations locale et régionale.

Il est bien reconnu que, lors de situations d'urgences vitales, la compression des délais d'intervention est un élément clé dans la réduction de la morbidité et de la mortalité, particulièrement lors de traumatismes graves et d'arrêts cardiorespiratoires. À cet effet, les travaux du comité mis sur pied par la Table provinciale des directeurs médicaux régionaux des SPU ont permis de constater que les interventions des PR n'ont pas toutes le même impact clinique, d'où la possibilité de créer différents niveaux de services de premiers répondants. Ainsi, l'analyse a permis de scinder différents types d'interventions en fonction de leur pertinence clinique et ainsi développer différents niveaux de service de PR.

L'Agence compte favoriser le développement de PR de niveau 2 surtout pour les municipalités du nord de la région afin de diminuer le temps de scène pour se rapprocher du « Silver Ten » (un maximum d'intervention de dix minutes sur les lieux du traumatisme) et par le fait même, le « Golden Hour » (un maximum d'une heure entre l'impact et l'arrivée en salle de chirurgie). Ces derniers agiront sur les situations suivantes : ACR, anaphylaxie et traumatologie.

Un protocole d'entente tripartite entre l'Agence, les municipalités qui possèdent un service de PR et le CCSLL spécifie les rôles et les responsabilités de chacune des parties à l'égard de ce maillon de la chaîne préhospitalière. Les PR sont des intervenants formés et désignés pour intervenir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels préétablis, et cela, à l'intérieur de la chaîne d'intervention préhospitalière. L'affectation des premiers répondants est faite par le biais du CCSLL.

Dans Lanaudière, le premier service de PR a vu le jour à Saint-Roch-de-L'Achigan en 1995. En 1999, la région a aussi été le berceau du premier service de police avec DEA au Canada en implantant des DEA dans les voitures auto-patrouille de la municipalité de Lachenaie (aujourd'hui Terrebonne). En 2010, en raison des coûts structurels importants et du nombre de sorties élevées, qui devaient être absorbés en très grande majorité par les municipalités, la région comptait seulement cinq services de PR et deux services municipaux de police avec DEA (Terrebonne et L'Assomption).

Pour s'adapter aux besoins des municipalités, le MSSS a créé différents niveaux de PR. Grâce à ce réajustement, la région possède maintenant 27 services de PR comptant près de 350 intervenants. Dix de ces services sont de niveaux 2 et 3. Les services municipaux de police de Repentigny et de Mascouche se sont aussi ajoutés comme intervenant avec DEA. La région compte maintenant près de 350 intervenants policiers municipaux avec DEA. Un protocole d'entente bipartite entre l'Agence et les quatre services municipaux de police spécifie les rôles et les responsabilités de chacune des parties. Pour le moment, les services municipaux de police avec DEA s'auto-affectent via leur 911 respectif. Le but, durant la prochaine année et au moyen de la technologie existante, est que ceux-ci soient affectés par le CCSLL, car les statistiques ont démontré qu'ils manquent certains appels où ils auraient pu faire la différence.

Depuis l'été 2013, la Sûreté du Québec (SQ) des MRC de Joliette et de Matawinie, selon le programme mixte MSSS-SQ, a aussi des DEA à bord de leurs véhicules (environ 100). Ces intervenants sont affectés par le CCSLL. De ce fait, 44 municipalités ont une couverture en DEA offerte, soit par un service de premiers répondants ou de police. C'est 92 % de la population Lanaudaise qui bénéficie d'une couverture DEA. Les MRC de D'Autray et de Montcalm s'ajouteront aux effectifs en place, et ce, dès cette année. Cet ajout nous permettra d'atteindre l'ensemble de la population Lanaudaise. Quand le projet sera complété, c'est près de 250 policiers de la SQ qui pourront intervenir en DEA.

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

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 paramédicaux (TAP). La région de Lanaudière compte neuf entreprises ambulancières totalisant près de 300 TAP. L'équipe des SPU de l'Agence a participé, par le biais des simulations, à une mise à jour en traumatologie auprès du personnel de l'urgence du CSSS NL. Cette mise à jour visait à améliorer la prise en charge du traumatisé surtout les premières minutes (arrivée des TAP, transfert du traumatisé, examen primaire et traitement des menaces à la vie). En 2013, le CSSS SL a revu la prise en charge infirmière de la clientèle polytraumatisée. Il prévoit aussi des sessions pratiques multidisciplinaires en 2015. L'équipe des SPU participera aussi à cette formation.

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET TRAUMATISMES MAJEURS

L'équipe des SPU de l'Agence a mis en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité et de maintien de la compétence pour les TAP. Les cas de traumatismes majeurs avec un indice préhospitalier traumatique (IPT) ≥ 4 sont systématiquement révisés et une rétroaction personnalisée est acheminée aux TAP et à l'entreprise ambulancière par l'entremise d'un Extranet SPU. Dans certains cas, le TAP peut aussi être contacté par téléphone pour faire le suivi ou être rencontré par un TAP réviseur, selon les besoins. Les cas d'impact à haute vitesse sont aussi révisés et font l'objet d'un échantillonnage par un progiciel fourni par le MSSS. La révision des processus (Lean-Six Sigma) a fait en sorte que la révision des cas se fait maintenant dans les 30 jours suivants la remise du cas à l'Agence.

Pour l'année 2012-2013, l'exécution des protocoles d'intervention clinique en matière de traumatismes majeurs est très satisfaisante. En effet, lorsque l'IPT est ≥ 4 , la région est conforme dans 97 % des cas, alors que la cible du *Plan qualité clinique des SPU* du MSSS est de 90 %. Dans les cas où il n'y a que la présence d'un impact à haute vélocité, celle-ci est conforme dans 95 % des cas (cible du *Plan qualité clinique des SPU* du MSSS = 90 %).

Il y a aussi matière à amélioration, et trois volets ont été remarqués où des efforts devraient être concentrés, soit :

- Le temps sur les lieux;
- Le pourcentage d'utilisation du matelas immobilisateur;
- Le pourcentage d'avis à l'urgence du centre de traumatologie désigné pour IPT ≥ 4 .

TEMPS SUR LES LIEUX

Les cas de traumatismes majeurs devraient tous bénéficier du « Silver Ten ». Malheureusement, il est atteint dans seulement 22 % des cas. Cependant, 44 % des victimes sont évacuées dans moins de 15 minutes, 67 % dans moins de 20 minutes et 100 % dans moins de 27 minutes. L'augmentation des services de premiers répondants de niveau 2 aidera à combler cet écart. De plus, il faudra réviser les processus de prise en charge pour améliorer les performances de la région.

POURCENTAGE D'UTILISATION DU MATELAS IMMOBILISATEUR

Le *Plan qualité clinique des SPU* du MSSS a fixé à 90 % la cible à atteindre en termes d'utilisation de cet équipement dans les cas où une lésion à la colonne vertébrale est soupçonnée. En effet, un 10 % de marge de manœuvre est prévu, car dans certains cas, comme les transports doubles et les cas d'ACR, la planche dorsale est utilisée. Actuellement, le matelas immobilisateur n'est utilisé que dans seulement 65 % des cas. La région a déjà fait mieux par le passé avec 83 % d'utilisation. Une partie de ces résultats est expliquée par le fait que les TAP oublient de noter au rapport d'intervention préhospitalière (case à cocher) lorsqu'ils utilisent le matelas immobilisateur (10 % des cas). Un rappel sur l'importance d'utiliser cet outil sera fait lors d'une prochaine formation au printemps 2014.

POURCENTAGE D'AVIS À L'URGENCE DU CENTRE DE TRAUMATOLOGIE DÉSIGNÉ POUR IPT ≥ 4

Le *Plan qualité clinique des SPU* du MSSS a fixé à 100 % la cible à atteindre. Le pourcentage d'avis à l'urgence pour l'IPT ≥ 4 se fait dans seulement 76 % des cas. Un patient sur quatre n'est pas annoncé avant son arrivée au centre de traumatologie désigné, ce qui est à corriger. L'arrivée, en 2011, du Réseau national intégré de radiocommunication sans fil (RENIR) qui assure une meilleure communication avec les centres hospitaliers aide à régler une partie de cette problématique. Un rappel aux TAP devra être fait en ce sens. De plus, la révision de l'algorithme d'avis au centre de traumatologie désigné avec nos deux centres régionaux est en cours, et ce, afin de recentrer les façons de faire des TAP. Cet avis contient entre autres l'IPT, les signes vitaux et les principales blessures de la victime.

ÉTABLISSEMENTS RECEVEURS

Il existe, dans la région, deux centres de niveau secondaire de traumatologie, le CSSSNL et le CSSSSL. Il y a aussi un centre de stabilisation, situé au CLSC de Saint-Michel-des-Saints qui fait partie du CSSSNL. Les victimes de traumatismes sont dirigées vers ces centres s'ils répondent aux critères prévus.

HÔPITAL SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL ET ZONE « 30 MINUTES SACRÉ-CŒUR »

Les victimes de traumatismes du secteur desservi par l'entreprise « Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière » (Mascouche, Terrebonne, Saint-Lin-Laurentides, Saint-Roch-de-L'Achigan, Saint-Roch-Ouest et Saint-Esprit) doivent être dirigées au centre de traumatologie tertiaire désigné, qui est l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, dans les cas où les conditions suivantes sont présentes :

- Traumatisme crânien;
- Blessure médullaire;
- Traumatisme thoracique;
- $\text{IPT} \geq 4$; ¹⁰
- Moins de 30 minutes de ce centre.

Malheureusement, les consignes ne sont pas toujours suivies. Durant l'année 2012-2013, seulement 58 % des victimes de traumatismes avec un $\text{IPT} \geq 4$ de ce secteur (10/17), et situées dans la zone « 30 minutes Sacré-Cœur » ont été dirigés vers ce centre tertiaire. L'agence continue de surveiller cette situation pour continuer l'amélioration et l'atteinte des cibles.

Une analyse annuelle est effectuée afin d'améliorer la charge de travail des TAP en s'assurant, entre autres, que le nombre de véhicules disponibles soit optimal. Compte tenu de l'amélioration de la couverture de la zone de Repentigny (plusieurs ajouts de quart de travail), l'équipe des SPU de l'Agence réfléchit à inclure les victimes de traumatismes de cette zone dans le « 30 minutes Sacré-Cœur ».

En 2013, dans son avis sur les critères de triage préhospitaliers en traumatologie, l'INESS recommande l'utilisation de l'algorithme CDC-ACSCOT au lieu de la combinaison des critères IPT et impact à haute vitesse. L'Agence prévoit discuter avec le comité de traumatologie de l'Hôpital Sacré Cœur de Montréal, pour intégrer certains nouveaux critères contenus dans cet algorithme en attendant les recommandations de la table des directeurs médicaux du préhospitalier de modifier les PICTAP.

CLSC SAINT-MICHEL-DES-SAINTS

Lors de la mise en place de ce centre, l'arrêt au CLSC par les services ambulanciers était prévu dans les cas d' $\text{IPT} \geq 4$. Avec la présence d'un médecin et d'une infirmière de garde, et ce, en dehors des heures d'opération du CLSC, l'Agence avait permis aussi l'arrêt de l'ambulance dans les cas d'ACR, d'accouchement imminent ou d'instabilité tel que prévu dans les protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers paramédicaux.

Avec le temps, il est devenu une habitude de s'arrêter presque systématiquement au CLSC. Suite à une compilation des prises en charge de la zone de Saint-Michel (excluant Manawan) basée sur quatre mois en 2013, il a été constaté que les 18 patients victimes d'un traumatisme amené au CLSC n'avaient pas les critères prescrits.

¹⁰ Les victimes ayant un score à l'IPT de cinq non cumulatif dans les sphères tension artérielle (TA), pouls et respiration sans être « combitubés » devront se rendre au centre secondaire le plus près.

L'équipe des SPU de l'Agence a révisé l'ensemble des consignes concernant l'arrêt au centre de stabilisation du CLSC de Saint-Michel-des-Saints. Voici les critères qui justifient un arrêt au centre de stabilisation du CLSC de Saint-Michel-des-Saints pour la clientèle située au nord du Lac Saint-Louis (Saint-Zénon) depuis le 1^{er} février 2014 :

- Instabilité hémodynamique malgré l'application des protocoles d'intervention clinique des TAP (PICTAP);
- Hypotension soutenue (adulte : TA systolique <100);
- Détresse/insuffisance respiratoire malgré assistance respiratoire ou ventilatoire;
- Altération significative du pouls (adulte : 50/min ou 150/min);
- Altération significative de la fréquence respiratoire (adulte : < 8/min ou > 36/min);
- Altération significative de la saturation (< 85 %) malgré l'application des PICTAP;
- Cas d'arrêt cardiorespiratoire;
- Polytraumatisé avec signes d'instabilité tel que mentionné au point précédent, peu importe l'IPT ou le type d'impact;
- Accouchement imminent.

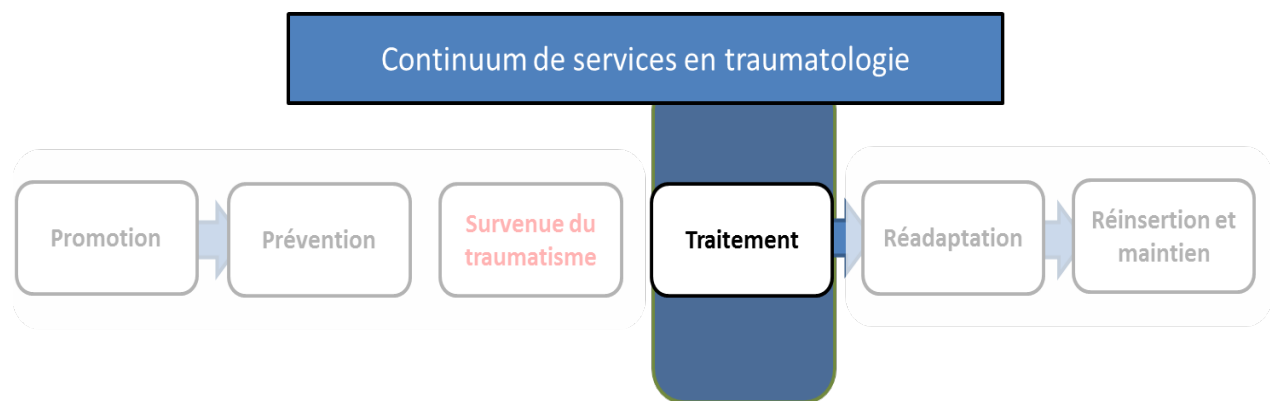
Un monitoring et un suivi serré seront faits par les réviseurs du programme d'amélioration continue de la qualité pour s'assurer de la conformité de la procédure. De plus, dans son rapport d'analyse de la pertinence du maintien des services de stabilisation médicale dans le réseau québécois de traumatologie, mise à jour le 15 octobre 2010, le Groupe-conseil en traumatologie de l'AETMIS, recommandait de « retirer le CSSS du Nord de Lanaudière, le CLSC de Saint-Michel-des-Saints du réseau québécois de traumatologie ». L'Agence est en attente d'une décision du MSSS à cet effet et adaptera l'organisation des services préhospitaliers en conséquence.

SAUVETAGE VÉHICULES HORS ROUTE

La prise en charge préhospitalière des victimes de traumatismes hors route est une autre préoccupation de l'Agence. Certains services d'incendie et de premiers répondants ont fait preuve d'ingéniosité et de débrouillardise pour desservir cette clientèle. Ces initiatives ne sont, par contre, pas présentes sur l'ensemble du territoire. L'Agence participe, depuis plusieurs années, à la Table de concertation régionale véhicules hors route (VHR) de la Conférence régionale des élus(es) de Lanaudière (CRÉL). Une partie du plan d'action de cette table est en lien avec le sauvetage des victimes d'accidents hors route. Pour faire suite aux recommandations du rapport du Protecteur du citoyen intitulé *L'Organisation des services d'intervention d'urgence hors réseau routier. Une desserte à optimiser pour sauver des vies*, parue le 28 mars 2013, un sous-comité a été formé de membres des services d'incendie, de la SQ, de gestionnaires d'entreprises ambulancières, de la CRÉ et de l'Agence. Le sous-comité travaille à des pistes de solution pour cette clientèle. Les travaux ont débuté en janvier 2014.

FORMATION CONTINUE

La formation est un enjeu reconnu comme étant la pierre angulaire afin de permettre aux TAP d'effectuer des interventions de qualité. C'est pour cette raison que le MSSS prévoit 32 heures de formation par année : 24 heures proviennent des programmes du MSSS et 8 heures d'une formation organisée par le régional. Les efforts déployés en formation se traduisent par une amélioration des actes effectués sur le terrain. L'équipe des SPU est aussi consciente que ces formations ont une date de péremption. En effet, plus on s'éloigne de la date initiale de la formation, plus les écarts aux protocoles existants augmentent. Le MSSS, dans son *Plan triennal de formation continue des TAP (2013-2016)*, prévoit une mise à jour en traumatologie au courant de l'année 2014-2015. Si ce n'est pas le cas, la formation régionale prendra le relais.



SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)

Les deux CSSS de la région possèdent une salle d'urgence. Ils sont désignés par le Groupe-conseil comme établissements de niveau secondaire en traumatologie. Au mois de janvier 2013, le CSSSSL a reçu la visite du Groupe-conseil en traumatologie, tandis que le CSSSNL a reçu ce même groupe le 17 avril 2013.

Pour le CSSSSL, une recommandation a été proposée. Il s'agit de faire l'analyse des indicateurs et de produire pour le Groupe-conseil, les résultats selon les gabarits prescrits. Pour le CSSSNL, la même recommandation a aussi été émise, les réponses sont attendues pour le printemps 2014. Le Groupe-conseil a constaté également que l'installation du CLSC Saint-Michel-des-Saints reçoit encore des traumatisés, et ce, malgré deux rapports remis au MSSS, avec lesquels le CSSSNL était en accord, et qui recommandaient l'exclusion du CLSC Saint-Michel-des-Saints du réseau de traumatologie au Québec. Une communication a donc été établie avec le MSSS afin de prendre position face à cette recommandation. Au moment d'écrire ces lignes, l'Agence était toujours en attente de la décision ministérielle.

CORRIDORS DE SERVICES

Plusieurs corridors de services existent dans la région. La plupart sont formalisés par des protocoles de transferts inter établissements. Il y a l'entente cadre qui couvre l'ensemble des traumatisés. Il existe aussi des ententes spécifiques à certaines clientèles, surtout sur la spécificité du retour en région.

REGISTRE DES TRAUMATISMES

Le Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) est la base de données permettant aux établissements de se comparer entre eux, et à la RAMQ de présenter des analyses provinciales. De plus, c'est une source d'information importante pour permettre une meilleure connaissance de la clientèle victime de traumatismes. Les deux CSSS de la région complètent la saisie de données en temps réel. Ce cadre normatif permet une connaissance accrue des indicateurs de performance de nos établissements.

REPÉRAGE DE LA CLIENTÈLE TRAUMATISÉE

Le repérage de la clientèle traumatisée demande que des outils soient mis en place pour agir efficacement. La SAAQ finançait jusqu'à récemment le programme de *Prise en charge rapide* dans les établissements de traumatologie secondaire et tertiaire du réseau québécois. Le 1^{er} avril 2012, la SAAQ a mis fin à ce programme fragilisant ainsi le repérage de la clientèle traumatisée de la route.

LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

CLIENTÈLES ADULTES AVEC TRAUMATISMES CRANIOCÉRÉBRAUX MODÉRÉS OU GRAVES

La région de Lanaudière fait partie du Consortium de l'Ouest du Québec pour les adultes victimes de traumatismes craniocérébraux modérés et graves. Les établissements de ce consortium associés à la région sont les suivants : les centres hospitaliers régionaux de niveau secondaire (CHRD et HPLG), l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) pour les soins aigus de niveau tertiaire, l'Hôpital Juif de réadaptation de Laval pour la réadaptation à l'interne, le CRDP Le Bouclier pour le volet réadaptation à l'externe et, finalement, si le client en a le besoin, services de l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles du secteur Joliette pour le maintien dans le milieu.

CLIENTÈLES ENFANTS ET ADOLESCENTS AVEC TRAUMATISMES CRANIOCÉRÉBRAUX MODÉRÉS OU GRAVES

Pour cette clientèle, la région de Lanaudière fait partie du Consortium de l'Ouest du Québec pour les victimes de traumatismes craniocérébraux modérés et graves enfants et adolescents. Les établissements de ce consortium pour notre région sont les suivants : centres hospitaliers régionaux de niveau secondaire (CHRD et HPLG), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) pour les soins aigus de niveau tertiaire et la réadaptation précoce, le Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME) pour la réadaptation à l'interne, le CRDP Le Bouclier pour le volet réadaptation à l'externe et, finalement, si le client en a le besoin, services de l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles du secteur Joliette pour le maintien dans le milieu.

CLIENTÈLES AVEC TRAUMATISMES CRANIOCÉRÉBRAUX LÉGERS (TCCL)

Concernant la clientèle ayant subi un TCCL, le MSSS a déposé ses orientations ministérielles 2005-2010 en janvier 2006. Ces orientations guident le continuum de soins à mettre en place, la gestion du risque et la hiérarchisation des soins en fonction des missions respectives des établissements afin d'améliorer le repérage, le dépistage et d'éviter les séquelles reliées à ce traumatisme.

Pour la région, les travaux sont en cours afin de démarrer le programme régional dans les CSSS. L'Agence a alloué au printemps 2014 des fonds pour recruter et démarrer la clinique de dépistage précoce des TCCL au sein de chaque CSSS. Entre temps, l'HSCM agit à titre supplétif, c'est le CRDP le Bouclier qui réalise actuellement les actions de dépistage, les interventions préventives et la réadaptation au besoin. La mise en place de ces services dans les CSSS a commencé. Plusieurs rencontres avec les responsables des programmes pour les régions des Laurentides et de la Mauricie-Centre-du-Québec ont été organisées pour aider l'Agence à actualiser son plan régional et supporter les établissements dans le démarrage des activités. Plusieurs actions sont planifiées pour l'année 2014, en vue d'un démarrage de la clinique pour le 3 septembre 2014 :

- Actualisation et distribution élargie des algorithmes décisionnels adulte et pédiatrique;
- Formation médicale des médecins des urgences des deux CSSS;
- Mise en place d'un formulaire de référence régional;
- Mise à jour des critères diagnostiques du TCCL et des critères de transfert vers le centre d'expertise;
- Mise en place d'un dépliant d'information régional;
- Recrutement d'une infirmière par CSSS spécifiquement pour ce programme;
- Formation de l'équipe dédiée (infirmières) et du personnel infirmier des urgences;
- Formation des médecins de la première ligne (GMF, cliniques réseaux, cabinets privés).

CLIENTÈLES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES

Pour cette clientèle, la région de Lanaudière est associée au Centre d'expertise pour personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec. Les établissements du Centre d'expertise pour notre région sont les suivants : centres hospitaliers régionaux de niveau secondaire (CHRD et HPLG), l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) pour les soins aigus de niveau tertiaires et la réadaptation précoce, l'Hôpital de réadaptation Villa-Médica pour la réadaptation à l'interne, le CRDP Le Bouclier pour le volet réadaptation à l'externe. Il faut aussi souligner la collaboration de l'Entraide grands-brûlés.

Au moment d'écrire ces lignes, la région est sur le point de signer l'entente relative au transfert inter établissements des victimes de brûlures graves entre le Centre d'expertise et la région lanauchoise. Nous aurons, par la suite, à actualiser ce protocole d'entente entre les établissements de la région en fonction des missions respectives.

CLIENTÈLES AVEC BLESSURES MÉDULLAIRES

Pour cette clientèle, la région de Lanaudière est associée au Centre d'expertise pour personnes victimes de blessures médullaires de l'Ouest du Québec. Les établissements de ce Centre d'expertise pour notre région sont les suivants : centres hospitaliers régionaux de niveau secondaire (CHRD et HPLG), l'HSCM pour les soins aigus de niveau tertiaire et la réadaptation précoce, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ou au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau pour la réadaptation à l'interne, collaboration avec le programme national d'assistance ventilatoire à domicile du Centre Universitaire de santé McGill si besoin, et le CRDP Le Bouclier pour le volet réadaptation à l'externe.

Au moment d'écrire ces lignes, la région compte amorcer les travaux pour établir l'entente relative au transfert inter établissements des victimes de blessures médullaires entre le Centre d'expertise et la région lanauchoise. Lorsque ce sera fait, il suffira d'actualiser ce protocole d'entente entre les établissements de la région en fonction des missions respectives.

CLIENTÈLES AVEC AMPUTATIONS ET NÉCESSITANT UNE RÉIMPLANTATION MICROVASCULAIRE

Les personnes victimes de ce traumatisme sont dirigées au CHUM – Hôpital Notre-Dame. Le Centre d'expertise a été désigné au cours de l'année 2011 et les ententes de transfert spécifique en traumatologie devront être signées. La région participera activement à la mise en place du protocole de retour dans la région pour cette clientèle.

BLESSÉS ORTHOPÉDIQUES GRAVES (BOG)

La région souhaite définir une architecture de prise en charge de cette clientèle. Un objectif sera inclus dans le prochain plan d'action régional afin de définir cette clientèle et de déterminer quels sont les corridors de services nécessaires.



SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

PRÉSENTATION DU CRDP LE BOUCLIER

Le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier est un établissement à vocation régionale qui dessert la population de la région de Lanaudière et des Laurentides.

Pour les besoins de ce document, le plan directeur fera référence uniquement à la région Lanaudière.

Le CRDP Le Bouclier a pour mission d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration professionnelle et sociale aux personnes de tous âges ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle.

Ces services consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne, ses proches et son milieu de vie. Ces activités visent à développer le plein potentiel de la personne et à réduire les conséquences de la déficience et des incapacités qui en découlent, en agissant directement sur les caractéristiques de la personne et sur celles de son environnement physique, familial et social.

Les services sont offerts aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes, ou à risque de le devenir. Ils sont spécialisés et modulés en épisodes de services selon les besoins spécifiques de la personne et des résultats obtenus en termes de participation sociale.

Plus spécifiquement, dans le contexte du présent plan directeur régional, Le CRDP Le Bouclier dessert les personnes victimes :

- De traumatismes craniocérébraux (TCC);
- De blessures médullaires;
- De blessures orthopédiques graves (BOG) incluant les lésions complexes des tissus mous;
- De brûlures graves;
- D'amputation, de réimplantation ou de revascularisation.

Le CRDP Le Bouclier est l'un des trois établissements régionaux de réadaptation en déficience physique au Québec retenu pour un projet pilote d'implantation d'un continuum de services avec le Centre d'expertise en réimplantation et revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU) du CHUM, Hôpital Notre-Dame. Dans le cadre du projet pilote, les services seront offerts à son point de services de Joliette.

SERVICES OFFERTS AU CRDP LE BOUCLIER

Le Bouclier offre des services intensifs de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) sur une base interne (adulte seulement) et externe.

SERVICES INTENSIFS EN INTERNE (UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE - URFI)

Dans la région, les services internes sont offerts à deux endroits :

- Au CHRDL (URFI de 10 lits).
- Au CHSLD L'Assomption (URFI 12 lits).
- Dans les deux milieux, les services sont offerts en collaboration avec chacun des CSSS pour l'actualisation de l'offre de services spécialisés en URFI.

Les clientèles visées par ces services internes sont les adultes aux prises avec des incapacités physiques significatives et persistantes à la suite, par exemple, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une blessure orthopédique grave (BOG), d'une lésion médullaire, d'une amputation ou autres atteintes neurologiques.

Dans le cadre du présent plan directeur, la clientèle concernée par les URFI au CRDP Le Bouclier réfère aux personnes victimes de BOG incluant les lésions complexes des tissus mous.

Une révision de l'organisation régionale des services de réadaptation intensive avec admission est en cours dans Lanaudière. À terme, le projet prévoit un rehaussement des lits permettant une étape supplémentaire vers l'autosuffisance régionale puisque plusieurs personnes doivent, encore à ce jour, recevoir leurs services de réadaptation spécialisés à l'extérieur de la région.

SERVICES INTENSIFS EN EXTERNE

La continuité des services en externe est assurée par les programmes de traumatologie de la région située présentement à Mascouche et à Joliette. Pour certaines clientèles, les services du CRDP Le Bouclier s'inscrivent en complémentarité et en continuité avec des établissements suprarégionaux de réadaptation (TCC modérés ou graves, blessures médullaires et brûlures graves).

ÉQUIPE DE RÉADAPTATION

Les services offerts à la clientèle victime d'un traumatisme (avec ou sans admission en URFI) sont réalisés par une équipe interdisciplinaire composée de professionnels des disciplines suivantes :

- Médecine;
- Physiothérapie;
- Ergothérapie;
- Psychologie et neuropsychologie;
- Kinésiologie;
- Orthophonie;
- Travail social;
- Sexologie;
- Éducation spécialisée.

De plus, pour répondre à des besoins spécifiques pour certains usagers, l'équipe de traumatologie bénéficie de l'expertise de professionnels présents dans d'autres programmes du CRDP Le Bouclier notamment :

- Audiologie;
- Nutrition clinique;
- Spécialiste en orientation mobilité;
- Spécialiste en réadaptation visuelle.

Afin de répondre aux besoins de sa clientèle, le programme de traumatologie du CRDP Le Bouclier travaille également en étroite collaboration avec tous les programmes de l'organisation, mais plus spécifiquement avec les programmes suivants :

1. Aides techniques;
2. Ressources résidentielles (RR);
3. Évaluation et adaptation de véhicule routier (ÉCAV).

1. Programme d'aides techniques

L'établissement offre les services d'attribution d'aides techniques pour la mobilité, l'audition et la vision à toute la population de Lanaudière. Le programme en déficience motrice, traumatologie travaille en étroite collaboration avec ces programmes.

2. Ressources résidentielles

Le programme de ressources résidentielles de Lanaudière du CRDP Le Bouclier héberge les personnes ayant une déficience physique essentiellement avec un trouble grave du comportement. Ce service répond à certains usagers du programme de traumatologie.

Ce programme de ressources résidentielles assure le suivi des personnes hébergées en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial sous sa responsabilité. Les services d'hébergement, de soutien et d'assistance qui y sont dispensés permettent de maintenir les clients dans la communauté ou de les y intégrer, et ce, en conformité avec l'entente contractuelle entre la ressource et l'établissement.

Le CRDP Le Bouclier gérât, au 31 mars 2012, une ressource intermédiaire de type maison d'accueil dans Lanaudière. L'ouverture d'une nouvelle ressource dans la région est prévue. Elle comptera quatre places avec la possibilité d'en développer deux autres.

3. ÉCAV

Le CRDP Le Bouclier offre des services spécialisés d'évaluation et d'adaptation de véhicule (ÉCAV). Les services offerts permettent de déterminer le profil des aptitudes globales (physiques, perceptuelles et cognitives) pour conduire un véhicule routier; de recommander les adaptations requises pour la conduite et l'accessibilité du véhicule pour un conducteur ou un passager. Plusieurs clients au programme de traumatologie ont des besoins en lien avec les services offerts à ce programme.

RÔLE DANS LE CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE (CST)

SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION À L'INTERNE ET À L'EXTERNE

Après avoir reçu des services dans un centre hospitalier, la clientèle de Lanaudière ayant des besoins de réadaptation avec admission en URFI est dirigée dans un établissement de réadaptation tel que :

- Centre de réadaptation Marie-Enfant pour la clientèle 0-16 ans, tous diagnostics confondus;
- Institut de réadaptation Gingras-Lyndsay de Montréal (adultes avec blessures médullaires);
- Hôpital de réadaptation Villa Médica (enfants et adultes grands brûlés);
- Hôpital juif de réadaptation (adultes avec traumatisme craniocérébral modéré ou grave);
- CRDP Le Bouclier (adultes avec blessures orthopédiques graves y compris, membres amputés).

Dès que la personne peut réintégrer un milieu de vie non institutionnel (retour à domicile), elle est dirigée vers le programme de traumatologie du CRDP Le Bouclier pour y recevoir ses services. Il arrive que des personnes passent directement du centre hospitalier vers les services externes de réadaptation.

SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE

Les deux CSSS de la région Lanaudière, le CRDP Le Bouclier et les organismes communautaires de la région sont impliqués dans l'offre de services de soutien à l'intégration et à la participation sociale de la clientèle traumatisée.

Le CRDP Le Bouclier a une entente de services avec l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles, secteur Joliette (APHPSSJ) pour la continuité des services offerts aux adultes victimes de TCC modérés ou graves.

Cependant, des travaux seront à mettre en place pour formaliser des mécanismes de liaison et de transfert entre le CRDP Le Bouclier, les CSSS et les organismes communautaires afin que le continuum de services se poursuive au moment le plus opportun de la réadaptation du client. Au-delà de ces mécanismes, les travaux permettront de préciser les responsabilités et les rôles respectifs de chacun à l'égard du suivi à long terme de ces clientèles.

RÉADAPTATION EXTERNE RÉGIONALE DANS LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

LES BLESSURES MÉDULLAIRES (BM)

Le CRDP Le Bouclier participe aux travaux régionaux visant à préciser les liens de collaboration et de continuité avec le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ), et les CSSS de la région. Suite aux travaux, un protocole d'entente visant à assurer la fluidité dans le cheminement des personnes d'un établissement à l'autre sera à signer entre :

- Le CEBMOQ constitué des établissements suivants : l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau;
- Le CSSS du Sud de Lanaudière;
- Le CSSS du Nord de Lanaudière;
- Le CRDP Le Bouclier.

LES PERSONNES TRAUMATISÉES CRANIOCÉRÉBRALES (TCC)

Dans la région Lanaudière, le CRDP Le Bouclier est présent dans deux consortiums de services visant la clientèle ayant subi un traumatisme modéré ou grave, soit :

- Le consortium interrégional de soins et de services de l'Ouest du Québec pour les enfants et les adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave (région Lanaudière, Laurentides, Laval, Montréal, Montérégie et Outaouais).
- Le consortium interrégional de soins et de services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave (région Lanaudière, Laurentides, Laval, Montréal, Montérégie et Outaouais).

Ces consortiums définissent les mécanismes de liaison entre les établissements et précisent les mandats spécifiques de chacun, en fonction des services à offrir à la clientèle. Le CRDP Le Bouclier participe activement à l'analyse et l'amélioration continue des services offerts à cette clientèle. Il a notamment élaboré un *Guide clinique interne pour le retour à l'école post-TCC modéré grave. (2013)* Ce guide est partagé avec tous les établissements du consortium enfants-adolescents et fait l'objet de travaux élargis au sein du comité suprarégional.

LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER (TCCL)

Le CRDP Le Bouclier dessert depuis plusieurs années les personnes ayant subi un TCCL. Afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle et aligner son offre de services sur les meilleures pratiques, une révision des façons de faire intra établissement a été réalisée au cours des dernières années. Cette révision concerne le cheminement des personnes victimes d'un TCCL au sein de ses programmes de réadaptation en distinguant l'offre de services en fonction de la phase :

- Dépistage, évaluation et gestion du risque de complications;
- Détermination du pronostic et intervention préventive : information et réassurance, relance téléphonique sélective, entrevue dirigée;
- Services spécialisés de réadaptation.

Le CRDP Le Bouclier participe également aux travaux régionaux pour la mise en place d'une organisation de services partagée avec les CSSS et les organismes communautaires. Il vise à définir les trajectoires et les responsabilités de chacun dans le continuum régional de services. Il s'engage également à offrir le soutien nécessaire à cette réorganisation par exemple, par le transfert de connaissances ou le monitoring des corridors de services.

PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES (VGB)

En 2004, le MSSS a procédé à la création d'un Centre d'expertise visant à améliorer le continuum de services en traumatologie pour la clientèle victime de brûlures graves, plus particulièrement en ce qui a trait aux services surspécialisés requis. Le Centre d'expertise de l'Ouest du Québec est composé du CHUM, du pavillon Hôtel-Dieu et de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica. Les usagers qui requièrent des services externes de réadaptation sont par la suite dirigés vers le CRDP Le Bouclier.

LA CLIENTÈLE VICTIME D'AMPUTATION TRAUMATIQUE NÉCESSITANT UNE RÉIMPLANTATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE (VARMU)

Toute personne subissant une amputation au niveau du membre supérieur sur le territoire québécois est rapidement admise au Centre provincial d'expertise en réimplantation et revascularisation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU) désigné en 2011. Le CEVARMU du CHUM (Hôpital Notre-Dame) est à mettre en place un projet pilote qui permettra de définir l'offre de services en CRDP et les modalités de retour en région une fois la phase d'hospitalisation complétée. Le CRDP Le Bouclier a été retenu pour le projet pilote. Un projet de télésanté s'inscrit également dans la vision de consolidation de la trajectoire des services proposés. Ce projet pilote concerne trois régions administratives au Québec :

- Montréal;
- Québec;
- Lanaudière.

CLINIQUE DE LA MAIN DU CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE

L'équipe de la clinique de la main du CSSSSL assure le suivi post-op de la clientèle avec une pathologie du membre supérieur, et ce, pour la région de Lanaudière. Cette équipe travaille en étroite collaboration avec les orthopédistes et les plasticiens. Chaque demande de consultation reçue est analysée et priorisée (voir critères de priorisation en annexe 4). Une prise en charge rapide des clients est assurée. Cette prise en charge est soit consultative avec rendez-vous de contrôle ou en thérapie régulière. Les clients reçus par l'équipe interdisciplinaire de la clinique de la main sont des cas de chirurgie majoritairement complexe nécessitant une prise en charge rapide par une équipe d'expertise et de spécificité.

BLESSURES ORTHOPÉDIQUES GRAVES

Le CRDP Le Bouclier offre à cette clientèle des services à l'interne (URFI) et à l'externe depuis plusieurs années. Une procédure de transfert a été convenue avec le CSSSNL et le CSSSSL afin de soutenir des liens fluides et fonctionnels entre les établissements. Toutefois, il apparaît que la définition de cette clientèle n'est pas claire et partagée entre les établissements régionaux. Les mécanismes de liaison et les corridors de services restent à définir dans le partage des rôles et des responsabilités de chacun des établissements. Le développement d'une vision commune de la trajectoire de services de réadaptation pour cette clientèle est à développer.

AUTRES CONTRIBUTIONS DU CRDP LE BOUCLIER AU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

EFFECTIFS MÉDICAUX

Un Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP) a été institué au CRDP Le Bouclier en mai 2011. Le CMDP est formé de dix membres : trois médecins spécialistes (en physiatrie et neurologie pour la clientèle adulte ainsi qu'en pédiatrie) et sept médecins omnipraticiens. Ces médecins offrent des services médicaux aux adultes et aux enfants présentant une déficience physique inscrits aux différents programmes du CRDP Le Bouclier. Un médecin omnipraticien exerce spécifiquement au programme de traumatologie dans Lanaudière. Par ailleurs, une entente de services avec le CHU Sainte-Justine permet d'assurer des services médicaux en physiatrie à la clientèle du CRDP âgée de 0 à 17 ans.

À la suite d'un accord intervenu avec la RAMQ, le CRDP Le Bouclier détient le mandat exclusif, pour les régions de Lanaudière et des Laurentides, d'assurer, notamment, l'évaluation, l'attribution et le suivi des aides à la locomotion et à la posture. Pour faciliter l'accès à ces aides techniques, plusieurs membres associés du CMDP détiennent des privilèges d'ordonnance médicale.

ENTENTE MSSS-SAAQ ET CSST

Ces ententes concernent les victimes d'accident de la route ou d'accident du travail. Elles prévoient qu'un suivi spécialisé doit être mis en place au sein d'une équipe qui œuvre spécifiquement en traumatologie. Le CRDP Le Bouclier est désigné par ces ententes.

ENTENTE D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC)

L'entente avec l'IVAC prend la forme d'un contrat type entre les parties, spécifique à chaque client, qui précise le cadre d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux. L'équipe d'intervenants spécialisés en traumatologie du CRDP Le Bouclier offre directement les services de réadaptation aux victimes d'actes criminels.

COLLABORATION AVEC LE MILIEU SCOLAIRE

Le CRDP Le Bouclier est impliqué au sein du comité MELS-MSSS qui a pour objectifs de soutenir une concertation optimale entre les acteurs des deux réseaux, d'offrir un continuum de services intégrés défini et convenu entre ces derniers et de soutenir la participation active des parents et des jeunes dans l'identification et la réponse aux besoins. L'établissement travaille aussi en partenariat très étroit avec les commissions scolaires de la région.

Continuum de services en traumatologie



SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE

GROUPES COMMUNAUTAIRES

Mentionnons plus particulièrement les liens importants de l'Association des personnes handicapées physiques et sensorielles du secteur Joliette, qui fait partie des différents consortiums pour les personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral. L'association a été désignée comme responsable des services de « maintien des acquis » post-réadaptation des personnes qui ont subi un traumatisme craniocérébral et du support de leur famille, grâce à l'expertise qu'elle a développée avec les années d'expérience avec les personnes accidentées et de collaboration avec les différents partenaires. Cette association a des points de services à Joliette et à Terrebonne.

Elle offre des services de soutien psychosocial individuel ou en groupe, de référence, d'information et de sensibilisation, de support ou d'accompagnement pour l'obtention de services dans la communauté, de vulgarisation de documents, de défense de droits, de loisirs intégrants et d'apprentissage par le bénévolat.

L'association est liée par un protocole d'entente de services avec le CRDP Le Bouclier. Des collaborations régulières sont aussi réalisées avec le Centre de réadaptation en toxicomanie, Le Tremplin et Le Réseau, organisme pour le suivi post-réadaptation en toxicomanie.

L'association souhaite que les CSSS de la région soient intégrés clairement dans le continuum de services et que leur rôle soit mieux défini, plus particulièrement au sujet des services psychosociaux.

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 auront 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, voici la liste des formations qui a eu lieu en 2013.

Établissements	Titre de la formation	Intervenants visés
CSSS du Sud de Lanaudière	Formation sur les rôles et responsabilités en salle de traumatologie.	42 infirmières 20 inhalothérapeutes et 50 préposés aux bénéficiaires
	Formation en traumatologie (donner lors de l'orientation des infirmières en salle de traumatologie).	15 infirmières
	Visioconférence « Au cœur de la trauma » : 15 mai 2013 (5), 12 juin 2013 (3), 4 décembre 2013 (6). *chiffre entre parenthèses est égal aux nombres de participants	Infirmières, professionnels, médecins
CSSS du Nord de Lanaudière	Mise à jour Traumatologie : 2,25 h le 4 décembre 2013.	8 préposés aux bénéficiaires et 16 infirmières
	Mise à jour Traumatologie : 2,25 h le 26 novembre 2013.	6 préposés aux bénéficiaires et 12 infirmières
CRDP Le Bouclier	Bye-bye anxiété.	Intervenants
	L'évaluation des troubles d'apprentissage et des habiletés langagières chez l'enfant et l'adolescent.	Intervenants
	Mieux dépister et évaluer le trouble déficitaire de l'attention à l'âge adulte : comment le différencier des troubles anxieux.	Intervenants
	L'orthographe phonétique.	Intervenants
	Lecture d'articles sur la pragmatique chez les personnes TCC.	Intervenants
	Raisonnement clinique et cadre réglementaire pour évaluation et intervention en aménagement domiciliaire.	Intervenants
APHPSSJ	Les types de personnalité et le travail d'équipe.	Intervenants
	Quand le TCC et la consommation se rencontrent.	Intervenants
	Le TCC léger : enjeux complexes et la toxicomanie.	Intervenants
	L'impulsivité et l'agressivité.	Intervenants
	La résilience : une recherche auprès des TCC (associations).	Intervenants

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale du Québec, *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence L.R.Q.(Chapitre S-6.2)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002.

Assemblée nationale du Québec, *Rapport du Protecteur du citoyen – L'organisation des services d'intervention d'urgence hors du réseau routier. Une desserte à optimiser pour sauver des vies*. Québec, Le protecteur du citoyen, Le 28 mars 2013, 54 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. *Plan directeur régional en traumatologie 2005-2008*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction des services de santé et des affaires médicales, 55 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. *Plan directeur régional en traumatologie 2005-2008 – mise à jour 2009-2012*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction des services de santé et des affaires médicales. 55 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Mauricie et du Centre-du-Québec. *Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017*, Trois-Rivières, Agence de la santé et des services sociaux de Mauricie et du Centre-du-Québec, Direction des services de santé et des affaires médicales, 2013, 84 p.

Beaulne, G. (sous la direction de). *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*. Collectif d'auteurs, Québec, Publications du Québec, 1991, 372 p.

Bégin, C. *Algorithme - Prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Volet Activité physique – Document de travail*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service prévention-promotion, décembre 2012, 4 p.

Bégin, C. *Traumatismes de la route dans les régions de Lanaudière et des Laurentides. Volume 1*. Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional De Lanaudière et Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, janvier 1987, tableau 1, p. 33.

Bégin, C. *Prévenir les traumatismes chez les jeunes Recueil à l'intention des intervenants et des gestionnaires*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service prévention-promotion, avril 2010, 36 p.

Haddon, W. *Options for the prevention of motor vehicle crash injury*. Isr. Jr. Med. Sci., no 16, 1980, p. 45-65.

Institut National d'Excellence en santé et en services sociaux. *Continuum de services en traumatologie*, site Web des fonctions évaluatives du continuum des services en traumatologie (FECST)

Lachaine, Colette. *Plan triennal de formation continue des TAP (2013-2016)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence du Québec, octobre 2013, 1 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Plan qualité clinique, énoncés d'assurance de la qualité, indicateurs cliniques et programme d'amélioration continue de la Qualité (PACQ)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Table des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence du Québec, août 2011, Version 2.1, 75 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Programme national de santé publique 2003–2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de santé publique, 2008, 103 p.

**ANNEXE 1 : FICHES DESCRIPTIVES, TABLE DE CONCERTATION ET DE COORDINATION EN
SANTÉ PHYSIQUE ET COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE**

MÉCANISMES RÉGIONAUX DE CONCERTATION

Programme service ou soutien	Santé physique (en lien avec la DSS pour le volet déficience physique)
DG accompagnateur	M. Benoit Valiquette (DGA, CSSSSL) et Mme Lorraine Boisjoly (DGA, CSSSNL)
Directeur responsable (Agence)	Dr Jean-Claude Berlinguet (DRAMU, ASSSL)
Table ou comité ou sous-comité* (* si sous-comité, indiquer de quel comité relève ce groupe)	Comité régional en traumatologie
Membres :	Mme Stéphanie Chayer, chef du programme de traumatologie, CRDP Le Bouclier (L-Nord) Mme Tina Del Duca, gestionnaire clinico-administrative du programme chirurgie-traumatologie Dre Line Duchesne, directrice des services professionnels, CSSSNL Mme Jocelyne Gaudet, Coordinnatrice des programmes PALV et SAD Mme Catherine Hogue, Coordinnatrice clinico-administrative traumatologie CHU Sainte-Justine Mme Danielle Joly, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSSL (volet TCC modéré/grave enfants et adultes) Mme Vicky Kaseka, chef du programme de traumatologie, CRDP Le Bouclier (L-Sud) Mme France Massé, chef de l'urgence, CSSSSL Mme Nancy Pellerin, coordonnatrice des programmes de soins critiques et services ambulatoires, CSSSNL Mme Francine Pilote, directrice adjointe à la DSPH au CSSSSL Mme Marie St-Amour, coordonnatrice du programme traumatologie, HSCM Mme Danielle Tremblay, association des personnes handicapées physiques et sensorielles M. Claude Bégin, agent de planification, de programmation et de recherche, ASSS (Volet santé publique) M. Guillaume Deschênes, agent de planification, de programmation et de recherche, ASSSL (volet Traumatologie et Urgence) Dr Simon Fortier, président du comité local de traumatologie, CSSSSL M. Jérôme Simard, coordonnateur, ASSSL, président M. Sylvain Tardif, membre ad hoc représentant du secteur préhospitalier

Mandat :	• Poursuivre, actualiser et compléter la consolidation du réseau régional de traumatologie de même que le monitoring des fonctions évaluatives des quatorze maillons du CST dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux traumatisés. • Suite à ce monitoring. • Participer à identifier l'apparition de nouvelles évidences de pratique en traumatologie. • Mettre en place les critères d'implantation et d'évaluation de résultats par l'utilisation d'une matrice, d'indicateurs de qualité ainsi que de tableaux de bord. • faire les recommandations nécessaires aux différents acteurs concernés et assurer, conjointement avec la Direction régionale des affaires médicales et universitaires et le service préhospitalier, leur suivi. • Maintenir à jour le Plan directeur régional, les plans d'action spécifiques, les guides et les recommandations selon un échéancier déterminé et les diffuser aux intervenants impliqués. • Arrimer le comité régional aux deux comités locaux; • S'assurer que les recommandations issues des travaux de l'INESSS soient acheminées à nos établissements, dans les délais convenus, recommandation parmi laquelle nous pourrions retrouver celles touchant les paramètres d'organisation des services, l'agrément des établissements ou toutes autres recommandations jugées indispensables à l'amélioration de la qualité des services offerts aux traumatisés.
-----------------	---

Objectifs (2012-2014)	Indicateurs de résultats
Révision de la composition du comité	Composition révisée
Adoption du plan d'action 2012-2014 pour le Consortium de l'Ouest du Québec pour les adultes victimes de traumatismes craniocérébral modéré/grave.	Plan adopté au CA et par l'INESSS
Adoption du plan d'action 2012-2014 pour le Consortium de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents victimes de traumatismes craniocérébral modéré/grave.	Plan adopté au CA et par l'INESSS
Signature du protocole de transfert entre le Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves et la région de Lanaudière.	Protocole signé et diffusé aux établissements (2 CSSS et CRDP Le Bouclier)
Mise en place des Orientations ministérielles 2005-2010 pour le TCC léger.	En fonction du budget demandé. Nous avons par contre des obligations envers l'INESSS et le MSSS.
Révision et intégration de tous les plans dans le Plan directeur régional de traumatologie.	Plan révisé

S'il s'agit d'un comité, liste des sous-comités qui en dépendent
Sous-comité sur l'organisation des services relié au TCC léger

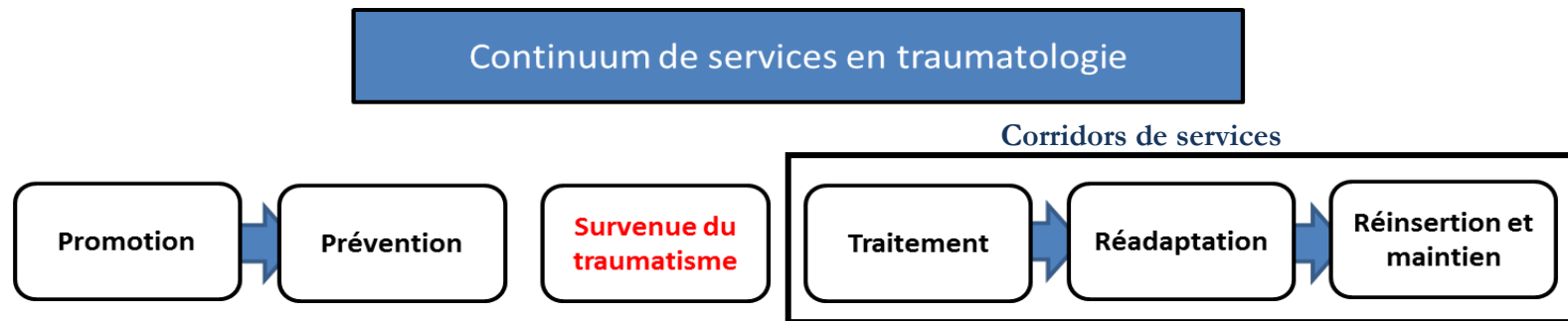
Fiche rédigée par : Jérôme Simard

Fiche mise à jour par : Martine Lauzon

ANNEXE 2 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL TRAUMATOLOGIE 2014 - 2019

**Plan d'action régional en traumatologie
2014-2019
Lanaudière**

Adopté par le comité régional de traumatologie le 4 décembre 2014



Pour la fonctionnalité du plan d'action 2014-2019, nous considérons que les étapes du traitement, de la réadaptation et de la réinsertion et maintiens forment les corridors de services. Comme défini par l'enquête ministérielle de la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en 2003. La définition : « lien entre des établissements d'une même région ou de régions différentes, formels (ententes signées) ou informels, afin de desservir la population d'un territoire. Ce lien peut être dans les deux sens : des professionnels qui se déplacent pour offrir des services à l'établissement où se trouvent les patients, ou des patients qui se déplacent pour recevoir des services dans l'établissement où se trouvent les professionnels. Ce lien peut également être établi via la Télésanté. »¹¹ Il faut préciser que le corridor de service : « est une voie de circulation assurée, dynamique et sans tracas, de soins et de services destinés à répondre dans les meilleurs délais, aux besoins des patients, le plus près possible de leur communauté [...] conformément à un protocole d'entente précisant la nature du service requis, la clientèle visée, les ressources humaines, financières et matérielles requises [...] »¹².

¹¹ http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas_intraR/index.php?id_carte=68

¹² Idem

A.	Promouvoir la sécurité et prévenir les traumatismes
-----------	--

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi
1.	Promouvoir la sécurité dans les milieux de vie et prévenir les traumatismes évitables par les mesures prévues au plan d'action régional (PAR) de santé publique (fin prévue en mars 2015).	Toute la population	• Réduire l'accessibilité aux armes à feu • Prévenir le suicide • Promouvoir la sécurité dans les milieux de vie (familles et communautés) • Prévenir les traumatismes routiers	ASSS ASSS et CPS ASSS ASSS, CSSS et organismes communautaires Famille (OCF)	Collaborer aux demandes de la Table de coordination nationale des directeurs de santé publique (TCNSP). Offrir une formation de sentinelles dans différents milieux et en assurer le suivi (280 sentinelles formées d'ici mars 2015). Intégrer la préoccupation de sécurité dans les autres domaines d'intervention du PAR (ex. : développement des jeunes enfants, saines habitudes de vie, environnements favorables). Réaliser des activités de vérification de sièges d'auto pour enfants par les CSSS et les OCF (850 enfants de moins de 10 ans par année).	Nombre de demandes Nombre d'intervenants sentinelles formés annuellement. Nombre d'intervenants sentinelles suivis annuellement. Nombre de domaines où la préoccupation de la sécurité a été intégrée dans leurs interventions. Nombre de sièges d'auto pour enfants vérifiés annuellement.

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi
			Prévenir les chutes et les blessures à domicile (jeunes et personnes âgées)	ASSS, CSSS et OCF	Réaliser des activités de prévention des blessures auprès des jeunes (3000 enfants de moins de 18 ans rejoins par année). Réaliser des activités de prévention des chutes auprès des personnes âgées dans le cadre du continuum de services (Viactive, PIED, IMP) (120 participants pour PIED et 662 pour IMP par année).	Nombre d'enfants rejoins annuellement. Nombre de participants par volet du continuum de services annuellement.
			Prévenir les traumatismes récréatifs et sportifs	ASSS	Collaborer, sur demande, avec les CSSS, les municipalités et les organismes responsables d'activités récréatives ou sportives pour soutenir des interventions favorisant la promotion de la sécurité.	Nombre de demandes et de collaborations annuellement.

B.	Documenter le profil des clientèles et leur cheminement dans les corridors de services.
-----------	--

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi
2.	Promouvoir le respect des directives ministérielles pour le transfert vers le Centre d'expertise pour les victimes ayant subi une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (CE-VARMU)	VARMU	• Diffuser les directives et trajectoires • Vérifier la trajectoire de service et s'assurer du respect des corridors établis. • Soutenir et maintenir l'implantation de la nouvelle trajectoire de service de réadaptation spécialisée.	ASSS, CRDP et CSSS	Réaliser une première évaluation des corridors de 2014-2015 d'ici juin 2015 Avoir un ratio de cas VARMU au CRDP sur les cas VARMU régional de 1 (100 %).	Ratio cas : $\frac{\text{VARMU CRDP}}{\text{VARMU régional}}$

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi
3.	Assurer le suivi des corridors de services établis en créant une boucle de rétroaction et en assurant l'orientation de la clientèle au centre d'expertise requis. <i>N.B. La clientèle spécifique relative aux BOG n'a pas de corridor établi.</i>	Toutes les clientèles	- Analyser annuellement le Système d'information en traumatologie du Québec (SIRTQ) afin de s'assurer que toute la clientèle de chaque consortium a transigé par le centre d'expertise requis. - Documenter les dossiers n'ayant pas été référés au bon centre d'expertise et identifier des pistes de solution pour corriger la situation. - Définir régionalement ce qu'est un BOG. - Cartographier la trajectoire des BOG.	ASSS avec le support de : CSSS, CRDP	Soumettre, annuellement (automne), les grilles de monitoring des cheminements clientèles au comité régional.	Dépôt d'une grille de monitoring par clientèle au comité régional de traumatologie : - Volume de clientèle; - Cheminement de la clientèle; - Âge de la clientèle; - Constats; - Piste de solution pour les cheminements irréguliers, s'il y a lieu.

C.	Favoriser l'arrimage entre les acteurs régionaux
----	--

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi et commentaires
4.	Actualiser une trajectoire régionale respectant les orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010.	TCCL	• Planter une clinique régionale TCCL; • Éduquer et former les acteurs de la 1^{re} ligne; • Sensibiliser les partenaires pour favoriser le repérage. • Arrimer les liens entre les niveaux de soins pour assurer la fluidité du cheminement avec les services de réadaptation.	ASSS CSSS CRDP	Commencer les activités de la clinique au 1^{er} décembre 2014. 250 cas vus par CSSS du 1^{er} décembre 2014 au 30 novembre 2015. 300 cas vus par clinique par CSSS du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016. Offrir une formation médicale sur les meilleures pratiques en janvier 2015.	Nombre de cas dépistés dans la clinique TCCL. Nombre de formations médicales.
5.	Améliorer la compréhension du continuum de services en traumatologie et du rôle de chacun des acteurs. (voir Figure 1)	Toutes les clientèles	• S'assurer de la présence des intervenants clés pour le comité de traumatologie régional; • Créer un modèle régional et le diffuser aux intervenants; • Faire le connaître le Continuum de traumatologie aux partenaires.	ASSS avec le support de : CSSS, CRDP	Produire un outil de présentation spécifique sur la compréhension du continuum de services en traumatologie et le rôle de chacun des acteurs.	Nombre de présentations faites au continuum de services en traumatologie de Lanaudière. Nombre d'intervenants clés présents.

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi et commentaires
6.	Assurer un retour efficient des clientèles dans notre région provenant des centres d'expertises identifiés, en arrimant la première ligne et en s'assurant une prise en charge proactive du CSSS.	Toutes les clientèles	• Créer un sous-groupe de travail par CSSS. • Déterminer les actions à prendre pour chaque clientèle pour coordonner et s'assurer un retour en région rapide et sécuritaire. • Définir l'offre de service appropriée et les démarches à prendre pour être en avant des besoins des traumatisés avant leur retour en région. • Commencer par cibler une clientèle à la fois.	CSSS avec le support de : CSSS, CRDP	Établir un cadre de référence pour le retour en région pour une première clientèle en avril 2015.	Cadre de référence.
7.	Maintenir les activités pour les deux centres secondaires en traumatologie	Toutes les clientèles	• Produire et mettre à jour les différents documents requis par le FECST; • Soutenir des mécanismes d'amélioration continue (exemple : révision de dossier)	CSSS avec le support de : CSSS, CRDP	Soumettre les documents au FECST. Tenir au moins 4 rencontres des comités locaux par année.	Dépôt d'un rapport écrit annuellement au comité régional de trauma des activités des comités locaux par les résidents de ceux-ci.
8.	Maintenir les liens avec les centres d'expertise et les consortiums.	Toutes les clientèles	• Participer aux rencontres des consortiums et s'assurer de la présence des centres d'expertise au comité régional de traumatologie.	ASSS	Tenir au moins 4 rencontres du comité régional avec présence des représentants des centres d'expertises.	Nombre de rencontres avec les consortiums.

	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi et commentaires
9.	Optimiser l'accès aux services de réadaptation du CRDP Le Bouclier	Toutes les clientèles	Développer et formaliser des ententes interétablissements et des mécanismes de liaison avec les CH secondaires.	ASSS avec le support de : CSSS, CRDP	Déposer les protocoles au plus tard le 31 mars 2016.	Nombre de protocoles complétés

D.		Évaluation, rétroaction et planification				
	Mesures/objectifs	Clientèle ciblée	Actions	Responsable	Cible attendue / échéancier	Indicateurs de suivi et commentaires
10.	Évaluer l'atteinte des résultats du plan d'action et déterminer de nouvelles cibles/actions au besoin.	Toutes les clientèles	Réévaluer annuellement, au 31 mars, l'atteinte des objectifs et déterminer de nouveaux objectifs, au besoin.	ASSS avec le support de : CSSS, CRDP	Réévaluer l'atteinte des objectifs et déterminer de nouveaux objectifs, au besoin, selon le calendrier suivant : Avril de chaque année, de 2015-2019	Bilan annuel du plan d'action
11.	Mettre à jour le plan d'action régional 2014-2019 selon le nouveau modèle organisationnel du CISSS.	Au besoin	Mettre à jour la terminologie du plan pour se conformer au modèle du CISSS, le 31 mars 2015.	ASSS	Déposer la mise à jour du plan d'action au comité régional avant le 31 mars 2015.	Plan mis à jour.

ANNEXE 3 : HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC ET DANS LANAUDIÈRE

AU QUÉBEC

L'historique provient du site de l'INESS : <http://fecst.inesss.qc.ca/fr/apropos/historique.html>

La façon dont les victimes de traumatismes sont prises en charge et traitées a grandement évolué au cours des 30 dernières années.

En **1984**, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a financé une étude dont les résultats préconisaient l'utilisation d'une approche globale des soins aux victimes de traumatismes craniocérébraux. En 1987, la SAAQ signait, avec l'approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des ententes avec plusieurs établissements de réadaptation, favorisant ainsi l'émergence d'une expertise de pointe dans certains de ces établissements de réadaptation. En 1991, ces ententes ont été étendues aux services de réadaptation précoce offerts par certains centres hospitaliers de neurotraumatologie. En 1997, la clientèle des victimes de blessures médullaires a été incluse dans ses ententes et en 2000, c'est celle des victimes de blessures orthopédiques graves qui a vu son offre de service bonifiée.

Au début des années **1990**, le MSSS confiait à la SAAQ le mandat de proposer une organisation de services pour le réseau de traumatologie au Québec.

1992 : la SAAQ crée un Groupe-conseil en traumatologie.

1992 : selon une approche matricielle, le Groupe-conseil procède à l'évaluation, en audit externe, du réseau des établissements de santé et recommande la désignation de certains d'entre eux pour créer un réseau spécifique de centres de traumatologie.

1995 : le Groupe-conseil en traumatologie réévalue la pertinence du maintien de désignation selon l'approche matricielle utilisée en 1992.

1997 : Le Groupe-conseil en traumatologie accepte un mandat spécifique visant à évaluer les deux centres d'expertise pour les blessés médullaires et intégrer l'évaluation du volet réadaptation dans la matrice utilisée, soit les éléments et standards de qualité à retrouver dans les programmations de services. Au volet santé physique du Groupe-conseil en traumatologie, s'ajoute désormais un volet réadaptation / soutien à l'intégration.

1998-1999 : le Groupe-conseil en traumatologie réalise un troisième mandat d'audit externe en santé physique afin de consolider le réseau par l'implantation obligatoire, dans chacun des établissements désignés du réseau de traumatologie, d'un programme spécifique en traumatologie et d'un recueil de procédures normalisées, c'est-à-dire l'ensemble des procédures requises en traumatologie pour tous les centres, ainsi que la création d'un programme d'amélioration continue de la qualité.

1999 : le MSSS confie au Groupe-conseil en traumatologie, volet réadaptation / soutien à l'intégration, son premier mandat, soit d'évaluer les établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave. C'est donc la première étape du premier cycle d'évaluation pour le volet réadaptation.

2002 : le Groupe-conseil en traumatologie, volet réadaptation / soutien à l'intégration accepte de réaliser la deuxième étape du mandat concernant le premier cycle d'évaluation pour l'implantation des consortiums d'établissements offrant des services à la clientèle présentant un TCC modéré ou grave.

2004 : le Groupe-conseil en traumatologie accepte le mandat d'évaluation pour la désignation des deux centres d'expertise pour les victimes de brûlures graves (VBG).

Au printemps **2004**, le Groupe-conseil en traumatologie est mandaté par le MSSS pour élaborer l'architecture et l'ingénierie des fonctions évaluatives pour l'ensemble du CST et implanter pour la totalité de ses composantes un programme d'amélioration continue de la qualité. Déjà, le réseau des centres de traumatologie avait été ciblé dans les mandats antérieurs. Avec le nouveau mandat, les phases préhospitalière et posthospitalière sont incluses dans les objectifs.

2005 : un comité consultatif est constitué afin de définir une offre de service pour les victimes de TCCL touchant l'organisation des services à mettre en place pour cette clientèle en fonction de ses besoins. Les « Orientations ministérielles pour les TCCL 2005-2010 » ont été diffusées au début de 2006, et une démarche est en cours afin d'évaluer les trajectoires régionales de services pour cette clientèle.

2006 : le Groupe-conseil en traumatologie, volet réadaptation / soutien à l'intégration accepte le mandat d'entreprendre le deuxième cycle d'évaluation en vue de la consolidation des consortiums d'établissements offrant des services à la clientèle présentant un TCC modéré ou grave.

2008 : l'équipe affectée à l'ensemble des fonctions évaluatives du CST joint l'AETMIS, venant ainsi consolider son expertise en évaluation.

Juin **2010** : la loi créant l'INESSS était sanctionnée à l'Assemblée Nationale. Cette loi amenait la fusion du Conseil du Médicament et de l'AETMIS. L'équipe de traumatologie fait donc maintenant partie de l'INESSS.

DANS LANAUDIÈRE

2003-2005 : des budgets de développement en déficience physique ont été accordés en 2003-2004 et en 2004-2005. Cela a permis d'assurer 50 % du financement requis au CRDP. Ces mêmes années, l'APHPSSJ a reçu 10 % des budgets de développement pour recevoir la clientèle non couverte par un programme d'assurance publique.

2004 : l'Agence participe aux comités directeurs des consortiums TCC modérés et graves de l'Ouest du Québec; autant pour les adultes que les enfants-adolescents.

2004-2007 : découlant du *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 de Lanaudière* :

- Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.
- Promotion, auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipements de sécurité –dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité – selon les mesures législatives en vigueur.
- Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute.

2005 : Visite du Groupe-conseil en traumatologie dans nos deux CSSS et désignation de centre de niveau secondaire et maintien conditionnel de centre de stabilisation du CLSC Saint-Michel-des-Saints.

2005 : Premier plan directeur de traumatologie 2005-2008.

2006 : Création du Comité régional ad hoc en traumatologie.

2007 : Évaluation des consortiums TCC modérés-graves adultes et enfants en décembre 2006.

2009 : Mise en place de façon permanente du Comité régional en traumatologie.

2009 : Mise à jour du Plan directeur en traumatologie pour les années 2009-2012.

2012 : Ouverture du Centre de communication santé Laurentides-Lanaudière en avril 2012.

2013 : Visite du Groupe-conseil dans nos deux CSSS et reconduction de la désignation de centre secondaire.

2013 : Élaboration du Plan directeur régional 2014-2019 et du plan d'action intégré selon les nouvelles exigences de l'INESSS.

ANNEXE 4 : GRILLE DE PRIORISATION – CLASSE DE LA MAIN

<u>P1</u> < d'une semaine avant prise en charge	<u>P2</u> de 1 à 6 semaines d'attente
• Ténorrhaphie • Ténolyse • Arthroplastie • Fracture opérée à la main • Immobilisation requise (confection orthèse) • Réimplantation • Fracture du radius avec ROFI	• Fracture sans chirurgie à la main • Brûlure • Dupuytren post-op • Canal carpien post-op • Algodystrophie • Enfant de < de 16 ans • Épicondylite post-op • Oncologie • Fracture au membre supérieur (autre que la main) • Arthrodèse
<u>P3</u> de 6 semaines à 3 mois d'attente	<u>P4 *</u> 3 mois et + d'attente
• Ankylose • Désensibilisation / atteinte nerveuse • Amputation • Trigger finger • Arthrite rhumatoïde	• Condition inflammatoire • Condition sans chirurgie • Condition avec assurance autre que RAMQ. * Ces cas sont fortement recommandés vers les ressources extérieures (cliniques privées).

Advenant une attente plus longue que celle déterminée par la priorité, la requête doit être déplacée en priorité 1 à la fin de la période maximale d'attente.

Mini-évaluations (consultations): ½ journée par semaine.

Pour donner un programme d'exercices au patient durant sa période d'attente afin d'éviter une détérioration.

Conditions admissibles → - Ankylose nécessitant programme d'exercices

- Fracture consolidée nécessitant programme d'exercices.
- Enfant.

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière*

Québec

