



Plan directeur régional
en traumatologie

Région des Laurentides

2009
-
2012

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Ce document est disponible en version intégrale sur le site WEB de
l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
<http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca>

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

Tous droits réservés.

La reproduction et le téléchargement de ce document sont autorisés à des fins personnelles et non commerciales à condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2011

Dépôt Légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN : 978-2-89547-163-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-164-6 (version PDF)

COORDINATION ET RÉDACTION

Monsieur Marco Blanchet, responsable régional de la traumatologie
Madame Stéphanie Léveillé, responsable régionale de la traumatologie
Direction régionale de la santé physique
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

COLLABORATION SPÉCIALE

Ce cadre directeur n'aurait pu voir le jour sans l'appui professionnel et la collaboration des personnes suivantes :

À la Direction régionale des affaires médicales

Monsieur René Lefebvre, technicien en administration

Volet préhospitalier

Madame Claudette Larivée, coordonnatrice des services préhospitaliers d'urgence

Docteur Éric Laviolette, directeur médical régional à la coordination des services préhospitaliers d'urgence

À la Direction de santé publique

Madame Huguette Crête, coordonnatrice surveillance/recherche/évaluation, prévention/promotion

Madame Marie-Ève Thériault, agente de planification, de programmation et de recherche

Madame Barbara Huot, technicienne en administration

À la Direction des services sociaux

Madame Hélène Laflamme, agente de planification, de programmation et de recherche

À la Corporation des partenaires pour les communications santé des Laurentides et Lanaudière

Monsieur Yannick Tourigny, directeur général

Les membres du comité régional de traumatologie des Laurentides

CONSULTATION

Comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Comité de coordination réseau – santé physique (Table DSP-DP)

Sous-comité régional en traumatologie

Département régional de médecin générale (DRMG)

Commission infirmière régionale (CIR)

Comité de planification et d'évaluation du CA

Comité de gestion de réseau régional (CGR)

RÉVISION DU TEXTE

Madame Hélène Maillard, agente administrative

Madame Line D'Arcy, agente administrative

RELECTURE DU TEXTE

Madame Isabelle Trépanier, DRSP

Madame Noémie Vallet, bibliothécaire

APPROBATION

AETMIS

ADOPTION

Adopté par les membres du conseil d'administration le 16 mars 2011

DÉPÔT AU MSSS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX	3
2. CIBLES D’ACTION ET D’AMÉLIORATION	4
3. LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE TRAUMATOLOGIE	5
3.1. LES MÉCANISMES D’ACCRÉDITATION EN TRAUMATOLOGIE	5
4. LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE DÉSIGNATION	7
4.1. LES CENTRES DE TRAITEMENT	7
4.2. LES CENTRES DE STABILISATION ET DE TRANSFERT	7
4.3. LE PROGRAMME D’ASSURANCE-QUALITÉ DANS CHAQUE CENTRE DÉSIGNÉ DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS	7
5. DESCRIPTION DU RÉSEAU RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE	11
5.1 LES OBLIGATIONS RÉCIPROQUES ENTRE LES PARTIES DÉSIGNÉES, QUEL QUE SOIT L’ÉTABLISSEMENT	12
6. LA RÉGION DES LAURENTIDES : SON TERRITOIRE ET SA POPULATION	15
6.1 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D’ANTOINE-LABELLE	17
6.2 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES LAURENTIDES	18
6.3 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES PAYS-D’EN-HAUT	18
6.4 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D’ARGENTEUIL	19
6.5 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD	19
6.6 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	20
6.7 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	20
7. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES	21
8. MÉCANISMES DE CONCERTATION	25
8.1 LE COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE	25
8.2 LE COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE	25
8.2.1. Les principaux rôles et responsabilités du comité régional	25
8.3 LES COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE	26
8.3.1 Les principaux rôles et responsabilités des comités locaux en traumatologie	27
9. LE CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE	29
9.1 LA CRÉATION DES GROUPES-CONSEILS EN TRAUMATOLOGIE	29
9.2 LES RÉSULTATS ATTEINTS	31
9.3 PRIX D’EXCELLENCE 2006 DE L’ADMINISTRATION PUBLIQUE DU QUÉBEC	31
9.4 LES TYPES DE SERVICE	31
10. SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION (MAILLON 1)	37
10.1 CONSTAT	37
10.2 PRÉVENTION DES BLESSURES ET AUTRES TRAUMATISMES À DOMICILE (MAILLON 2)	38
10.3 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE	39
10.3.1 Activités de promotion : Réseau Viactive et Clubs de plein air (Kino-Québec)	40
10.3.2 Activités de prévention : Programme intégré d’équilibre dynamique (P.I.E.D.)	40

11.	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	43
11.1	LE PREMIER INTERVENANT (TÉMOIN) (MAILLON 3).....	44
11.2	LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 9-1-1 (MAILLON 4)	44
11.3	LES PREMIERS RÉPONDANTS (MAILLON 5).....	46
11.4	LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS (MAILLON 6)	47
11.4.1	La réponse ambulancière.....	47
11.4.2	Le transport des victimes de traumatismes majeurs	47
11.4.3	Les soins ambulanciers aux traumatisés majeurs	48
12.	SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	49
12.1	MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE SERVICES LOCAUX	49
12.2	LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (MAILLONS 7 À 10).....	50
13.	SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS	53
13.1	ÉTABLISSEMENTS SUPRARÉGIONAUX (MAILLON 12).....	53
13.2	ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL (MAILLON 13)	53
14.	SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE (MAILLON 14)	57
15.	LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES	59
15.1	LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE.....	59
15.2	LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL	60
15.2.1	Les adultes ayant subi un traumatisme crâniocérébral modéré ou sévère.....	60
15.2.2	Les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme crâniocérébral modéré ou sévère 61	
15.2.3	Les personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral léger	62
15.3	LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES.....	63
15.4	LA CLIENTÈLE DE REVASCULARISATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE	63
15.5	LES BLESSÉS ORTHOPÉDIQUES GRAVES (BOG)	63
16.	CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE.....	65
16.1	TÉLÉTRAUMATOLOGIE	65
17.	FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	67
	CONCLUSION	69
	PLAN D'ACTION	71
	MÉCANISMES DE CONCERTATION.....	71
	ANNEXE 1 – PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS MAJEURS VERS LE CH APPROPRIÉ.....	75
	ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRES	81

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Déclaration de transport des usagers
ATLS	Advance Trauma Life Support
CAPTCHPL	Centre d'aide pour personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides
CCS	Centre de communication santé
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE	Centre de la petite enfance
CRAULL	Centre régional d'appels urgents Laurentides-Lanaudière
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CST	Continuum de services en traumatologie
DP	Déficience physique
DSP	Direction de santé publique/Direction des services professionnels
Groupe-conseil	Personnes mandatées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer, recommander et désigner un établissement dans le réseau de traumatologie au Québec
GMF	Groupe de médecine de famille

IHV	Impact à haute vitesse
IPT	Indice préhospitalier en traumatologie
MPDS	Medical priority dispatch system
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PHTLS	Préhospitalier Trauma Life Support
PAL	Plan d'action local en santé publique
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PNSP	Plan national en santé publique
RAO	Répartition assistée par ordinateur
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RIV	Réadaptation à intensité variable
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
SMPAU	Système médicalisé de priorisation des appels urgents
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TCC	Traumatisé crâniocérébral
TCCL	Traumatisé crâniocérébral léger
TGC	Trouble grave du comportement
TNCC	Trauma Nursing Core Course
VTT	Véhicule tout terrain

INTRODUCTION

Le plan directeur régional en traumatologie englobe de façon intégrée toutes les étapes du continuum de services exigés par les victimes de tels traumatismes, notamment, les services de prévention et de promotion, les services préhospitaliers d'urgence (SPU), les services de soins aigus, les services de réadaptation précoce et spécialisée, ainsi que les services de soutien à la participation sociale.

La stratégie de développement retenue consiste à mettre au point chacun des maillons de cette chaîne de services, à les relier étroitement entre eux, et par la suite, à accroître, sur une base continue, l'efficacité et l'efficience de cette chaîne.

Ce plan directeur propose des mesures adaptées à la réalité de la région des Laurentides, ainsi que des cibles d'action 2009-2012 selon les besoins prioritaires du territoire. Ce plan est supporté par le document de référence du MSSS¹.

Notamment, il présente des cibles d'amélioration communes visant à harmoniser les interventions posées par les divers secteurs d'activités qui composent le continuum de services en traumatologie sur l'ensemble du territoire des Laurentides.

Ce document se veut un outil efficace permettant de regrouper les actions structurantes nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services aux personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être dans la région des Laurentides.

En outre, de par l'exercice qu'il sous-tend, il est permis de croire que le développement de cet outil favorisera la mobilisation des diverses parties impliquées du réseau de traumatologie des Laurentides.

Note aux lecteurs :

Bien que le Plan directeur régional en traumatologie, région des Laurentides, 2009-2012 n'ait été adopté qu'en mars 2011 par le conseil d'administration, plusieurs actions ont déjà été mises en œuvre depuis 2009 ou sont en cours d'implantation.

¹ «Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008», MSSS, Québec.

1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

La prévention des blessures ainsi que la prise en charge, la stabilisation, le traitement, le suivi, la réadaptation et la réinsertion sociale des traumatisés à risque élevé doivent faire partie d'un processus complet cohérent et continu.

Le plan directeur régional doit refléter les objectifs et orientations du programme régional ainsi que des différents programmes locaux de traumatologie. Il doit également favoriser la concentration des centres de niveau primaire, secondaire et tertiaire, afin de créer une masse critique d'interventions aptes à développer et à maintenir l'expertise des équipes médicales et professionnelles en traumatologie.

Le plan directeur régional de traumatologie implique nécessairement l'engagement du centre de santé et de services sociaux (CSSS) et des centres affiliés au Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (pour l'accès aux services tertiaires) en regard des objectifs communs à la région.

Ce plan directeur doit s'assurer de la continuité et de la complémentarité des services nécessaires à la population des Laurentides. Ce continuum de services implique des interventions de prévention et de promotion complémentaires aux interventions de nature curative que sont les soins et la réadaptation. Dans ce contexte, une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués est fondamentale, qu'il s'agisse des premiers répondants de la communauté, des différents organismes et établissements, des intervenants des secteurs préhospitaliers et hospitaliers ou des instances régionales pour :

- ❑ Promouvoir les comportements sécuritaires;
- ❑ Prévenir les blessures;
- ❑ Assurer la prise en charge précoce des victimes de traumatismes majeurs;
- ❑ Élaborer et appliquer des protocoles de traitement et de transfert interétablissements dans la région et à l'extérieur de la région au besoin;
- ❑ Évaluer la qualité des soins et les résultats de services obtenus pour chacune des composantes du programme, de la prise en charge jusqu'à l'étape de la réadaptation et de la réinsertion sociale de la personne.

La priorité doit être donnée à la qualité et à la rapidité des interventions à chaque niveau de l'organisation hospitalière, tant à l'urgence, au bloc opératoire, à l'unité de soins intensifs, à l'unité de chirurgie, qu'au laboratoire, en imagerie médicale, en réadaptation précoce et spécialisée.

Les corridors de services, d'accès et les protocoles de transfert doivent être automatiques et prioritaires, sans négociation, et suffisamment souples pour répondre aux situations imprévues. Ces ententes de services doivent être dûment signées par les parties et ces corridors de services doivent être bidirectionnels.

Le plan directeur en traumatologie doit s'articuler autour d'un comité régional de traumatologie qui, à son tour, est en lien direct avec chacun des comités locaux de traumatologie des CSSS visant à harmoniser les interventions posées par les divers secteurs d'activités qui composent le continuum de services du réseau de traumatologie des Laurentides.

2. CIBLES D'ACTION ET D'AMÉLIORATION

Ce plan directeur comprend des cibles applicables à l'ensemble des maillons constituant la chaîne de services en traumatologie :

- ❑ Soutenir l'aménagement de l'environnement et l'adoption de comportements sécuritaires;
- ❑ Supporter l'implantation de mesures de prévention jugées efficaces ou prometteuses;
- ❑ Développer une approche programme articulée autour des besoins spécifiques des victimes de traumatismes;
- ❑ Assurer la réalisation et l'amélioration continue de tous les critères stipulés dans les matrices d'évaluation officielles;
- ❑ Implanter des recommandations découlant des visites des groupes conseils en traumatologie, volet santé physique et réadaptation/soutien à l'intégration, et promouvoir l'amélioration continue des services offerts;
- ❑ Mettre en place des moyens nécessaires à l'articulation étroite des services avec les ressources situées en aval et en amont, concrétiser la mise en place de corridors de services requis et en assurer le respect;
- ❑ Déployer un programme d'amélioration continue de la qualité des services dans chacun des centres désignés en traumatologie, par le biais notamment, d'un comité reprenant l'essentiel des mandats confiés aux membres locaux de traumatologie des établissements de santé physique;
- ❑ Assurer la mise en place d'un programme d'assurance qualité des services offerts, en supportant le développement d'une culture d'évaluation et des habiletés requises à cette fin dans les établissements;
- ❑ Évaluer les résultats obtenus;
- ❑ Assurer la représentation des divers secteurs d'activités concernés au comité régional de traumatologie.

3. LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE TRAUMATOLOGIE

Avant 1990, les médecins des salles d'urgence « *magasinaient* » un établissement receveur pour offrir à leurs polytraumatisés les soins de santé appropriés à l'état instable de leurs patients. La prise en charge de cette clientèle était aléatoire et souvent réalisée par le réseau interpersonnel de chaque médecin urgentiste. Entre docteurs qui se connaissaient bien, il était plus facile d'accepter le transfert interétablissements d'un neurotraumatisé.

Afin de pallier cet état de fait qui se vivait partout au Québec, de réduire les délais de prise en charge et d'éviter les nombreux décès liés aux accidents de la route, le MSSS a mandaté la SAAQ pour proposer, au début de la décennie 90, un plan directeur qui constituait la naissance d'un « *réseautage* » des salles d'urgence au Québec en développant de multiples corridors d'entente de services entre elles et leurs régions limitrophes.

Ainsi, tous les territoires de la province sont maintenant « *réseautés* » par des centres désignés en traumatologie qui identifient les différents niveaux de performance et d'intensité de soins de chacun. Ils forment donc depuis 1992, le réseau provincial de soins et services de traumatologie pour les victimes à haut risque de perdre la vie ou leur intégrité corporelle.

L'objectif qui sous-tend l'organisation d'un tel réseau est la mise en place d'une complémentarité de ressources disponibles dans une région ou de celles existantes dans une région limitrophe. Ainsi, cette accessibilité assure aux victimes des services de qualité tout en diminuant les délais de prise en charge et de transfert entre les hôpitaux concernés dans le réseau de traumatologie.

3.1. LES MÉCANISMES D'ACCRÉDITATION EN TRAUMATOLOGIE

Les établissements du réseau de la santé de la province sont périodiquement soumis à des exercices d'accréditation. Ces exercices proviennent de divers systèmes dont les objectifs sont différents les uns des autres. Que ce soit le Conseil canadien d'agrément des systèmes de santé, le Collège des médecins du Québec ou l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ces instances demeurent un bon outil d'amélioration de la qualité qui devrait être présente à tous les niveaux. Il en est ainsi du réseau de traumatologie.

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat d'assurer la gestion et le fonctionnement du programme d'amélioration continue de la qualité, ce qui excède les limites associées à un processus touchant l'évaluation seule. L'AETMIS transmet ses avis au MSSS.

MANDAT DU GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE :

- ❑ Évaluer les établissements selon des critères prédéterminés;
- ❑ Faire les recommandations appropriées aux agences de la santé et des services sociaux et au MSSS;
- ❑ Assurer le suivi de la mise en place des éléments du système intégré de services en traumatologie;
- ❑ Analyser les situations problématiques à la demande des agences.

COMPOSITION DU GROUPE-CONSEIL :

Les membres permanents :

- ❑ La présidence est assumée par un représentant de l'AETMIS;
- ❑ Ce président s'accompagne d'experts au besoin.

Les membres occasionnels :

- ❑ Un représentant de l'agence concernée par le mandat en cours;
- ❑ Des représentants du milieu professionnel selon le mandat en cours.

4. LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE DÉSIGNATION

Pour assurer la viabilité du principe de base de mettre en réseau les salles d'urgence du Québec, le MSSS et la SAAQ devaient procéder à la désignation des niveaux de compétence des salles d'urgence de toute la province.

Les établissements désignés « centres de traumatologie » sont responsables de la prise en charge des usagers traumatisés. Ces centres sont regroupés en différentes catégories et niveaux² :

4.1. LES CENTRES DE TRAITEMENT

- Niveau I : centre tertiaire
- Niveau II : centre secondaire régional avec neurotraumatologie
- Niveau III : centre secondaire

4.2. LES CENTRES DE STABILISATION ET DE TRANSFERT

- Niveau IV : centre primaire
- Niveau V : service de stabilisation médicale

4.3. LE PROGRAMME D'ASSURANCE-QUALITÉ DANS CHAQUE CENTRE DÉSIGNÉ DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS

Afin d'assurer une prise en charge globale et adéquate des victimes de traumatismes, chaque centre désigné du réseau de traumatologie du Québec doit se doter d'un programme d'assurance qualité.

Ce programme doit comporter au minimum les éléments suivants :

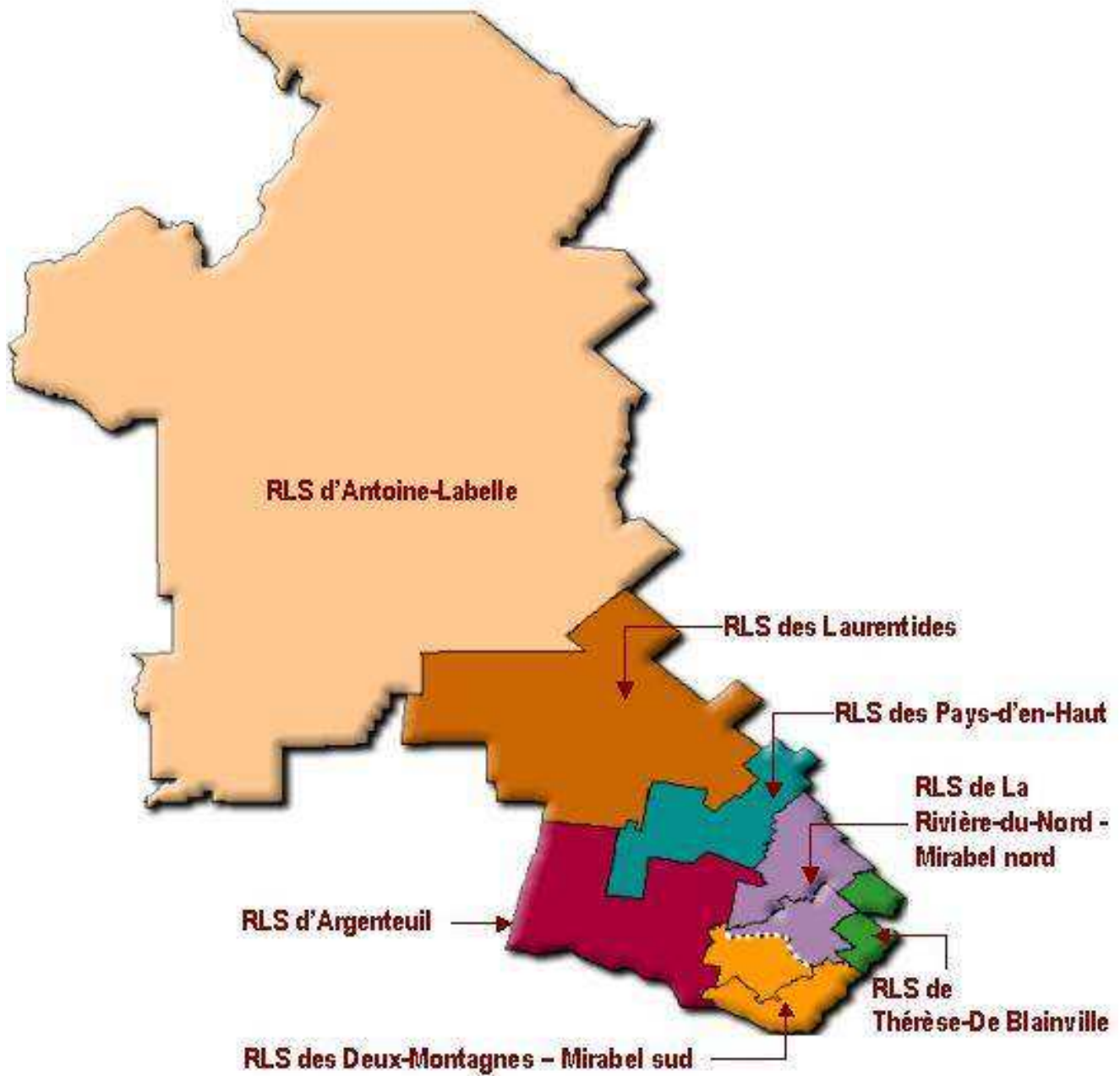
- La tenue d'un registre des traumatismes selon les normes du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux;
- Un mécanisme efficace de gestion des plaintes impliquant l'ensemble des intervenants concernés devrait être accessible afin de permettre le redressement d'une situation litigieuse pour la victime, quel que soit le niveau ciblé dans la plainte : préhospitalier, hospitalier ou réadaptation;
- Des études multidisciplinaires devraient se faire automatiquement pour évaluer les décisions et les interventions exécutées auprès des victimes de traumatismes majeurs arrivées vivantes à la salle d'urgence et qui sont décédées par la suite;
- Ces documents devraient permettre la tenue d'un tableau de bord en traumatologie pour chaque centre désigné. Il serait représentatif des efforts mis en place pour assurer le continuum des services, tant localement que régionalement;

² Voir description détaillée des niveaux en page 36

- Un programme de formation et de maintien des compétences.

Les documents résultant des activités d'évaluation de la qualité serviront à la prise de décision inhérente aux actions à poser, afin d'améliorer le contexte dans lequel sont accessibles les soins et les services en traumatologie, tant au niveau local que régional et provincial.

La région des Laurentides par territoire de réseau local de services (RLS)



5. DESCRIPTION DU RÉSEAU RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE

Dans les Laurentides, la démarche d'identification des centres désignés a débuté en 1992.

Ainsi, les centres désignés en traumatologie ont d'abord été identifiés dans leurs différents niveaux de performance et dans leur capacité de production de services.

1992 :

- ❑ CH Mont-Laurier : niveau primaire IV;
- ❑ CH Annonciation : service de stabilisation V;
- ❑ CH Laurentien : niveau primaire IV;
- ❑ CH Argenteuil : niveau primaire IV;
- ❑ CH St-Eustache : niveau primaire IV;
- ❑ CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : niveau secondaire II (régional avec neuro-traumatologie).

Ce premier réseau d'établissements formé depuis 1992 a fait l'objet de visites d'évaluation en 1996, 1998, 2003 et 2005. Lors de ces visites, certains établissements ont été désignés dans un autre niveau pour différentes raisons.

1998 :

- ❑ CH et CR Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien du niveau primaire;
- ❑ CH et CR Antoine-Labelle, site de l'Annonciation : maintien sous certaines conditions, après une réévaluation l'année d'après du niveau d'un service de stabilisation;
- ❑ CH Laurentien : maintien du niveau primaire;
- ❑ CH Argenteuil³ : retrait du niveau primaire. Désignation retenue en 1998 pour le réseau québécois, un centre de service de stabilisation;
- ❑ CH St-Eustache : désignation rehaussée au niveau secondaire;
- ❑ CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : maintien sous conditions, après une réévaluation dans l'année, du niveau secondaire.

À cette époque, les deux établissements du Nord (CH d'Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier et de l'Annonciation) étaient officiellement fusionnés depuis décembre 1995.

³ À la demande du CH Argenteuil, celui-ci a été retiré du réseau québécois en 1999.

2003 :

- ❑ CH et CR Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien temporaire du niveau primaire;
- ❑ CH et CR Antoine-Labelle, site de l'Annonciation : retrait du réseau québécois;
- ❑ CH Laurentien : maintien temporaire du niveau primaire;
- ❑ CH St-Eustache : maintien sous conditions du niveau secondaire;
- ❑ CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : maintien du niveau secondaire.

2005 :

Suite à la visite, les désignations ont été les suivantes :

- ❑ CSSS d'Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien inconditionnel du niveau primaire;
- ❑ CSSS des Sommets : maintien inconditionnel du niveau primaire;
- ❑ CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes : maintien inconditionnel du niveau secondaire;
- ❑ CSSS de Saint-Jérôme : maintien inconditionnel du niveau secondaire.

5.1 LES OBLIGATIONS RÉCIPROQUES ENTRE LES PARTIES DÉSIGNÉES, QUEL QUE SOIT L'ÉTABLISSEMENT

- ❑ **Accessibilité** : La salle d'urgence d'un centre désigné selon les critères du réseau québécois de traumatologie doit garantir l'entière disponibilité aux victimes de traumatismes qui se présentent à l'urgence ou qui y sont dirigées tant localement, par les intervenants du préhospitalier que régionalement ou suprarégionalement, par les ententes de transfert.
- ❑ **Rapatriement** : En contrepartie, l'établissement qui réfère la victime vers un centre de traumatologie de niveau supérieur doit accepter de reprendre le patient lorsqu'il est stabilisé, et cela, dès le premier 48 heures suivant la demande du centre receveur.
- ❑ **Rapatriement du polytraumatisé qui est en « transit »** dans un des hôpitaux de la région des Laurentides. Le patient qui est reçu par l'établissement désigné le plus approprié lors de la prise en charge de la victime par le préhospitalier, (ex. CSSS des Sommets, niveau primaire) et qui est, par la suite, transféré vers un établissement de niveau supérieur, (par exemple, un centre secondaire dans la région des Laurentides ou un centre tertiaire à Montréal) sera rapatrié, lorsque son état sera stabilisé, vers le centre hospitalier désigné au CSSS correspondant au code postal du citoyen et non-vers le premier centre référant des Laurentides où il a été transféré dans un premier temps par le préhospitalier. Pour actualiser le rapatriement, ce centre hospitalier selon le code postal de l'individu doit être désigné dans le réseau québécois. Dans ces conditions, il serait préférable de rejoindre l'Agence de la santé et des services sociaux de la région du polytraumatisé pour connaître les centres désignés en traumatologie de cette région. Le délai de rapatriement se situe également dans les 48 heures.

Les corridors bidirectionnels du réseau québécois de traumatologie fonctionnent ainsi sur le principe de la **prise en charge « Stat » et du rapatriement dans un délai de moins de 48 heures**. Ces corridors d'ententes existent dans toutes les régions de la province. Ils existent parce qu'ils sont soutenus par des protocoles de transfert dûment signés entre les parties concernées.

Tous les centres de traumatologie ont accepté, lors de leur désignation officielle, de collaborer au développement et au maintien des acquis du système. La pérennité du réseau de traumatologie est garantie par plusieurs liens de partenariat qui constituent le mode privilégié de fonctionnement et d'engagement de toutes les parties du réseau québécois de traumatologie.

6. LA RÉGION DES LAURENTIDES : SON TERRITOIRE ET SA POPULATION

Située dans le sud-ouest du Québec, immédiatement au nord des villes de Montréal et de Laval, la région des Laurentides couvre un vaste territoire de 20 560 km², sur lequel se répartit une population de 529 569 habitants en 2009⁴. Elle forme un long corridor nord-sud dont le développement historique a été orienté suivant l'axe de la route 117. La région compte sept réseaux locaux de services (RLS) et huit municipalités régionales de comté (MRC). Près des trois quarts de la population se concentre dans les trois territoires de RLS situés au sud de la région (Thérèse-De Blainville, Deux-Montagnes-Mirabel Sud et La Rivière du nord-Mirabel Nord), où domine un profil urbain. Dans les quatre autres territoires de RLS (Antoine-Labelle, Pays-d'en-Haut, Laurentides et Argenteuil) on retrouve plutôt un milieu à vocation rurale et récréotouristique. On y retrouve d'ailleurs une forte proportion de population saisonnière, particulièrement dans les territoires de RLS Laurentides (47,1 %)⁵, Pays-d'en-Haut (41,6 %) et Antoine-Labelle (33,3 %).

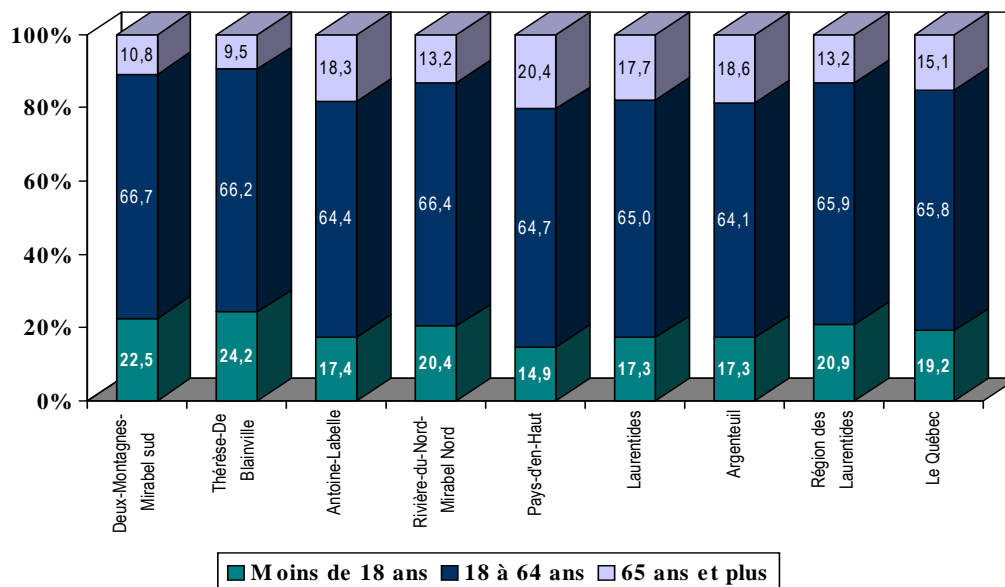
Un profil jeune, mais une population âgée qui devrait augmenter de plus de 50 % en 10 ans

Comparée à l'ensemble du Québec, la région des Laurentides présente un profil de population jeune. La proportion de personnes de moins de 18 ans dépasse le cinquième de la population totale, et celle des personnes âgées de 65 ans et plus y est d'un peu plus du dixième. Par contre, ce dernier groupe connaît une augmentation importante et on prévoit⁴ qu'entre 2009 et 2019, la population âgée de 65 ans et plus augmentera de plus de 51 %; celle de 85 ans et plus d'environ 64 %. Malgré cet accroissement rapide de sa population âgée, la région devrait conserver, en 2015, un profil démographique qui se classera parmi les plus jeunes du Québec.

⁴ Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003.

⁵ Pourcentage que représente la population saisonnière sur le total des résidents en 2009.

Structure de la population par groupe d'âge selon le territoire de réseau local de services, la région des Laurentides et le Québec, 2009



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003

L'une des croissances démographiques les plus fortes au Québec

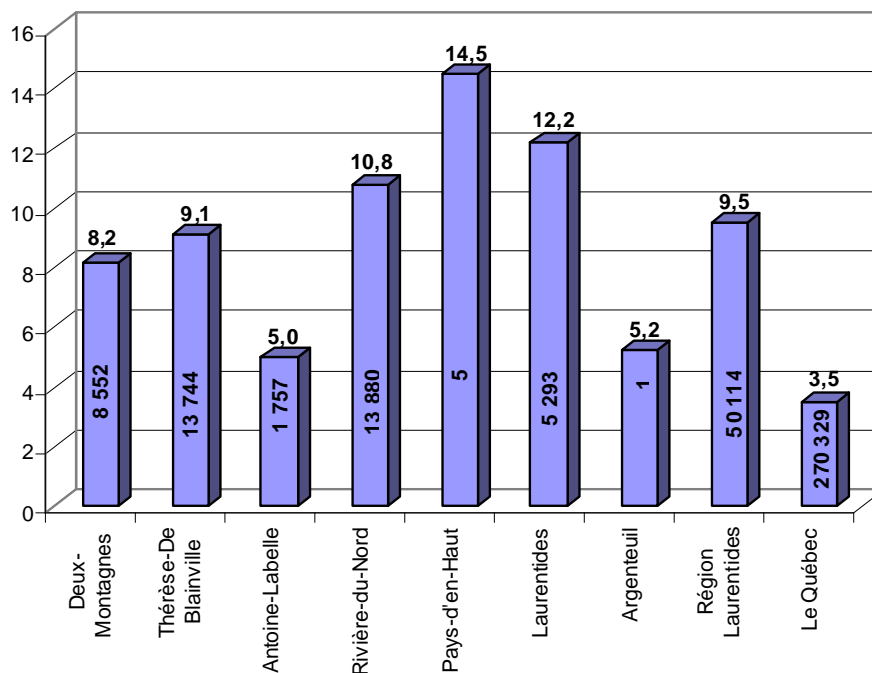
La région des Laurentides connaît une augmentation de sa population qui a peu d'égal au Québec. En grande partie dû au fait de la migration en provenance de Montréal et Laval, cet accroissement a été de plus de 10 % de 2005 à 2015 et on s'attend à ce qu'il soit au-dessus de 7 % pour la période 2015-2025⁶. Les taux de migration les plus importants se trouvent chez les enfants, les jeunes adultes (25 à 35 ans) et les personnes dans la cinquantaine. Seuls les jeunes de 18 à 24 ans présentent un solde migratoire négatif. Notons qu'en 2007, la région est passée du 5^e au 4^e rang des 18 régions sociosanitaires pour la taille de sa population.

Une forte migration de population vers la région des Laurentides

Globalement, la population de la région des Laurentides devrait continuer de s'accroître de 9,5 % entre 2009 et 2019. Cette augmentation est due principalement à l'arrivée de personnes provenant surtout des régions de Laval et de Montréal. Cette migration a peu d'égal dans d'autres régions du Québec, et ce, dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans.

⁶ Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003.

Accroissement prévu de la population en pourcentage et en nombre entre 2009 et 2019 selon le territoire de réseau local de services, la région des Laurentides et le Québec, 2009-2019



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003

Examinons à présent les particularités de chacun des territoires en descendant du Nord vers le sud de la région.

6.1 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ANTOINE-LABELLE

Le territoire

Comptant une population de 35 457 personnes en 2009, le territoire du réseau local de services d'Antoine-Labelle s'étend au nord de la région des Laurentides. C'est de loin le territoire le plus vaste et le moins densément peuplé de la région. Il se distingue par son caractère essentiellement rural et ses activités économiques centrées sur l'exploitation forestière et le tourisme. La population saisonnière représentait 17 102 personnes en 2007.

La population, peu de jeunes, forte proportion de personnes âgées

On y retrouve relativement peu de jeunes, les jeunes de 0 à 17 ans y représentant moins d'un cinquième de l'ensemble de la population. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus se situe parmi les plus fortes de la région. Fait particulier pour un territoire où l'on retrouve une forte proportion de personnes âgées, le rapport de masculinité est élevé soit 105 hommes pour 100 femmes, comparativement à 99,8 hommes pour 100 femmes dans la région.

6.2 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES LAURENTIDES

Le territoire

Situé au centre nord de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services des Laurentides a une population de 43 562 habitants en 2009. L'activité économique y est fortement concentrée dans le secteur du tourisme et le territoire voit presque doubler sa population durant les périodes de villégiature. En effet, la population saisonnière y est la plus importante de la région : on l'estimait à 36 758 personnes en 2007. Ce territoire présente une faible densité de population, surtout dans la partie nord.

La population : profil plutôt âgé

La proportion de jeunes de 0 à 17 ans y est l'une des plus faibles de la région et celle des personnes âgées de 65 ans et plus y est importante. Les deux groupes d'âge constituent des populations presque équivalentes en 2009. La population du territoire du RLS des Laurentides présente un profil plutôt âgé et vieillissant.

Autre caractéristique de la population de ce territoire : la proportion de personnes vivant seules est très élevée. On observe un contexte socioéconomique moins favorable dans ce territoire que dans celui de l'ensemble de la région, mais il s'améliore avec le temps.

6.3 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES PAYS-D'EN-HAUT

Le territoire

Situé également dans le centre nord de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services des Pays-d'en-Haut a une population de 36 907 habitants en 2009. Il se caractérise par une importante présence de zones de villégiature et de résidences secondaires. Aussi, la population saisonnière y est estimée à 24 945 personnes en 2007.

La population, accroissement migratoire important surtout chez les personnes de 50 à 64 ans

C'est le territoire de la région où l'on retrouve la plus faible proportion de jeunes de moins de 18 ans et la plus forte proportion de personnes âgées de 65 ans et plus. La population de la MRC Pays-d'en-Haut a augmenté de manière importante par la migration. Les personnes de 50 à 64 ans composent le groupe le plus important de cet accroissement migratoire, suivi des 25 à 39 ans et des enfants.

La population anglophone y est relativement importante. Territoire généralement favorisé sur le plan socioéconomique, on y retrouve néanmoins la plus forte proportion de personnes vivant seules.

6.4 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ARGENTEUIL

Le territoire

En se dirigeant vers le sud-ouest de la région des Laurentides, on trouve le territoire du réseau local de services d'Argenteuil. Ce territoire compte une population de 30 004 habitants en 2009. Il est le moins peuplé de la région. Le territoire présente à la fois les spécificités des zones rurales et de la banlieue. Il se caractérise notamment par la plus forte présence de la région de personnes dont la langue parlée à la maison est l'anglais.

La population

Les jeunes de 0 à 17 ans représentent moins d'un cinquième de la population, l'une des plus faibles proportions de la région, alors que celle des personnes âgées y est parmi les plus importantes. Comme la plupart des territoires moins urbanisés de la région, Argenteuil se caractérise par un certain exode des jeunes de 20 à 24 ans et des aînés de 70 à 79 ans. Par ailleurs, les migrants adultes dans la trentaine et ceux dans la cinquantaine viennent grossir ses rangs.

6.5 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RIVIÈRE-DU-NORD-MIRABEL NORD

Le territoire

Situé au centre de la région, le territoire du réseau local de services de La Rivière-du-Nord-Mirabel Nord, avec ses 128 468 habitants en 2009, constitue le second territoire en importance au chapitre de la population. On y retrouve la capitale régionale, Saint-Jérôme. Le RLS est composé de la MRC La Rivière-du-Nord et de la partie nord de Mirabel.

La population : forte croissance démographique

C'est aussi l'un des territoires parmi les plus densément peuplés de la région. Il se distingue, notamment, par la diversité de ses habitats urbains et ruraux et, depuis le début des années 1990, par l'une des plus fortes croissances démographiques du Québec. Au cours des dernières années, celle-ci a largement été le fait de l'apport migratoire de jeunes adultes de 25 à 34 ans, principalement dans la MRC Mirabel.

La proportion de jeunes de 0 à 17 ans est comparable à celle de la région. Il en va de même pour la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus. En nombre absolu, toutefois, il s'agit de la plus importante population d'aînés.

Dans La Rivière-du-Nord-Mirabel Nord, on retrouve un peu plus de familles monoparentales que la moyenne régionale et, selon les municipalités, jusqu'à une famille sur cinq compte un seul parent.

6.6 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES

Le territoire

À l'extrémité sud de la région, le territoire du réseau local de services du Lac-des-Deux-Montagnes a une population de 104 845 personnes en 2009, soit environ un cinquième de la population des Laurentides. Il comprend la MRC Deux-Montagnes et la partie sud de Mirabel. Densément peuplé, c'est un territoire où se côtoient des habitats urbains et ruraux générant une activité économique variée.

La population : dans dix ans, 6 000 personnes âgées de plus

Entre 2009 et 2019, on prévoit que le nombre de jeunes d'âge scolaire (6 à 17 ans) diminuera d'environ 1 200 personnes et que celui des personnes de 65 ans et plus augmentera d'environ 60 %, ce qui correspond à environ 6 500 personnes de plus. En 2019, le territoire conservera toutefois un profil jeune comparé à la région. La MRC des Deux-Montagnes connaît une augmentation de sa population par la migration qui est parmi les plus faibles de la région.

6.7 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE

Le territoire

Également situé au sud de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services de Thérèse-De Blainville a une population de 150 326 personnes en 2009. C'est le territoire le plus peuplé et le plus densément peuplé de la région. Il présente les spécificités de la banlieue et ses activités économiques sont fortement intégrées à celle de la métropole.

La population, la plus forte proportion de jeunes, la plus faible de personnes âgées

La proportion de jeunes y est la plus importante et celle des personnes âgées la plus faible de la région. Le profil démographique changera considérablement entre 2009 et 2019 : Au cours de cette période, le nombre de jeunes d'âge scolaire (6 à 17 ans) diminuera de près de 1 700 jeunes et celui des 65 ans ou plus augmentera de façon importante; en fait, ce dernier groupe va presque doubler (9 000 personnes âgées de plus). Le territoire conservera toutefois l'un des profils les plus jeunes de la région.

7. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

* Les données présentées dans la section ci-dessous ont été tirées du registre régional en traumatologie. Ce dernier n'étant plus disponible, il n'est pas possible d'énumérer les données à jour.

Un coup d'œil à la situation actuelle des traumatismes dans la région.

Grâce aux registres (régional et provincial) sur les traumatismes complétés par les établissements ayant un statut de centre de traumatologie primaire et secondaire, il est possible de recenser de l'information sur les traumatismes de la région des Laurentides et de faire ressortir des données plus spécifiques à notre région.

En premier lieu, nous vous présentons des données tirées du registre régional en traumatologie. Dans ce document, les périodes 8 à 13 de l'année 2007-2008 seront traitées. Il est à noter que le registre régional a été retravaillé et amélioré pour favoriser une meilleure utilisation et validation des données. Cependant, puisque c'est un nouvel outil, il faut en tenir compte.

Deuxièmement, nous vous présentons des données tirées du registre provincial de traumatologie pour l'année 2008-2009.

Inscription au registre

Le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour les Laurentides est de 844 cas pour les périodes 8 à 13 de l'année 2007-2008.

NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE RÉGIONAL DES TRAUMATISMES

De la période 08 à la période 13 2007-2008

NOM DU CSSS	2007-08	%
<i>CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes</i>	191	23 %
<i>CSSS de Saint-Jérôme</i>	483	57 %
<i>CSSS des Sommets</i>	130	15 %
<i>CSSS d'Antoine-Labelle - Centre de Mont-Laurier</i>	40	5 %
Nombre total de cas de traumatisme	844	

Hommes/Femmes

SEXE	2007-08	%
<i>Homme</i>	503	60 %
<i>Femme</i>	341	40 %
Total	844	

L'âge des victimes

Nous constatons que le groupe d'âge le plus touché par les traumatismes inscrits au registre régional est celui des 41 à 64 ans avec 30 % des cas.

GROUPE D'ÂGE	2007-08	%
<i>Nombre de 0 - 5 ans</i>	75	9 %
<i>Nombre de 6 - 14 ans</i>	114	14 %
<i>Nombre de 15 - 20 ans</i>	102	12 %
<i>Nombre de 21 - 40 ans</i>	193	23 %
<i>Nombre de 41 - 64 ans</i>	249	30 %
<i>Nombre de 65 ans et plus</i>	111	13 %
Total	844	

Catégorie de traumatismes

Ce sont les traumatismes majeurs des extrémités et les traumatismes vertébraux que nous retrouvons en plus grand nombre sur notre territoire avec 32 % et 17 % de l'ensemble des traumatismes.

CATÉGORIE DE TRAUMATISME	2007-08	%
<i>Trauma crânien Glasgow < 13</i>	64	12 %
<i>Traumatisme vertébral</i>	87	17 %
<i>Traumatisme Ophtalmo-ORL - cou et cuir chevelu</i>	77	15 %
<i>Traumatisme thoracique</i>	56	11 %
<i>Traumatisme abdominal</i>	23	4 %
<i>Traumatisme bassin</i>	30	6 %
<i>Traumatisme majeur des extrémités</i>	168	32 %
<i>Traumatisme multisystémiques</i>	18	3 %
Total	523	

Puisque seulement 523 des 844 traumas ont été catégorisés, il y a 311 traumas qui ne sont pas définis.

Causes

Plus de la moitié des traumatismes de la région sont causés par une chute (55 %). Au second rang, nous retrouvons les traumatismes causés par les accidents avec véhicule motorisé 26 %.

CAUSES	2007-08	%
<i>Auto, camion - vitesse > 65 km/hre</i>	138	18 %
<i>Véhicule hors route moto, vélo, VTT etc. vitesse > 30 km/h</i>	56	8 %
<i>Piéton</i>	12	2 %
<i>Plaie pénétrante</i>	49	7 %
<i>Agent physique</i>	83	11 %
<i>Agent chimique</i>	1	0 %
<i>Chute</i>	407	55 %
Total:	746	

Il est à noter que pour 98 traumatismes, aucune cause n'a été déterminée.

Transfert destination

On constate, selon le tableau suivant, qu'entre les périodes 8 et 13 de 2007-2008, la région des Laurentides a transféré 87 personnes vers un des centres de traumatologie tertiaire.

TRANSFERT - DESTINATION	2007-08	%
<i>Nombre de transfert en salle d'opération</i>	27	9 %
<i>Nombre d'hospitalisation</i>	114	40 %
<i>Nombre transfert aux soins intensifs</i>	19	7 %
<i>Nombre de transfert vers l'Hôtel-Dieu de Montréal</i>	4	1 %
<i>Nombre de transfert vers l'Hôpital Notre-Dame de Montréal</i>	10	3 %
<i>Nombre de transfert vers l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal</i>	45	16 %
<i>Nombre de transfert vers l'Hôpital Sainte-Justine</i>	28	10 %
<i>Nombre de transfert vers l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme</i>	41	14 %
Total	288	

On constate que 10 transferts ont été vers l'Hôpital Notre-Dame de Montréal. Ces transferts ont été effectués pour de la réimplantation.

**Sommaire régional provenant du registre provincial de traumatologie
pour la période du 2008-04-01 au 2009-03-31**

Région administrative : LAURENTIDES

Catégories de désignation	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission
<i>Hôpital de Saint-Eustache</i>	320	4	7
<i>Hôpital régional de Saint-Jérôme</i>	575	28	21
<i>Hôpital de Mont-Laurier</i>	37	10	1
<i>Hôpital Laurentien</i>	54	13	3
Total de la région	986	55	32
Ensemble du Québec	14755	522	645

8. MÉCANISMES DE CONCERTATION

8.1 LE COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE

Le comité provincial en traumatologie a pour but de définir l'avenir, le développement et les orientations de la traumatologie au Québec. Ce comité est composé de représentants du MSSS, de la SAAQ, des services préhospitaliers ainsi que des responsables du réseau de traumatologie de chacune des Agences. Ce comité est présentement en révision au MSSS.

8.2 LE COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE

Ce comité relève de la Direction régionale des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Il est consultatif au président-directeur général de l'Agence et au MSSS. Il regroupe des membres permanents et consultatifs qui représentent, selon les besoins, l'ensemble des secteurs d'activité impliqués dans le continuum des services de traumatologie de la région.

Dans la mise en œuvre de ce présent document, une réorganisation des comités régionaux reliés à la traumatologie devient pertinente. Ainsi, les comités déjà existants concernant les adultes et enfants TCC modérés et sévères, les blessés médullaires et tout autre comité faisant partie du continuum de traumatologie dans les Laurentides deviendront des sous-comités du comité régional de traumatologie.

À cet égard, une personne de chacun de ces sous-comités devra être représentée au comité régional de traumatologie, et ce, afin de proposer une vision d'ensemble et une série de mesures cohérentes, structurantes et favorables à la prestation efficace de services à la population victime de traumatismes.

8.2.1. Les principaux rôles et responsabilités du comité régional

- ❑ Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie de la région;
- ❑ Assurer le suivi du registre provincial des traumatismes pour la région des Laurentides et faire le lien avec le PAR et le PNSP;
- ❑ Assurer la fluidité des ententes de services entre les différents partenaires du réseau québécois;
- ❑ Suivre l'implantation et le fonctionnement de chaque Programme local de soins et de services en traumatologie de chacun des centres désignés, des services liés à la réponse et à la prise en charge préhospitalière, des services de réadaptation et de réinsertion sociale disponibles sur le territoire de l'Agence;
- ❑ Évaluer la clientèle inscrite dans les registres de traumatologie de la région des Laurentides;
- ❑ Recevoir les recommandations des équipes d'évaluation en vue des désignations par le Groupe-conseil du MSSS en traumatologie;
- ❑ Évaluer les besoins régionaux en traumatologie;
- ❑ Connaître les types de clientèles impliqués dans le réseau de traumatologie;

- ❑ Élaborer un programme régional en traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme majeur, à risque élevé de perte d'autonomie ou d'intégrité corporelle;
- ❑ Implanter les corridors de services intra et extra régionaux avec les établissements concernés;
- ❑ S'assurer de l'efficacité des protocoles de transfert signés entre les différentes parties;
- ❑ S'assurer de la qualité des soins et de l'accessibilité des services tant dans la région qu'à Montréal;
- ❑ Assurer le suivi et veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins et services selon les exigences de leur niveau de désignation formulées par le Groupe d'experts en traumatologie du MSSS;
- ❑ Assurer le suivi du registre régional des traumatismes majeurs à haut risque;
- ❑ Assurer la promotion du programme régional des soins et services intégrés des traumatisés en supervisant son implantation à tous les niveaux : le préhospitalier, l'hospitalier, la réadaptation et la réinsertion sociale du traumatisé;
- ❑ Assumer un rôle conseil auprès de l'Agence;
- ❑ Participer au Comité provincial.

8.3 LES COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE

Le comité local en traumatologie est sous la responsabilité du directeur des services professionnels (DSP). Il est donc présidé par le DSP lui-même ou par le « trauma leader » médical nommé par le DSP du CSSS.

Il regroupe les responsables des différents secteurs d'activités impliqués dans le continuum de traumatologie du RLS c'est-à-dire, de la santé publique, du préhospitalier, de l'interne du CSSS, ainsi que de la réadaptation et de la réinsertion sociale du territoire desservi par le CSSS. Ainsi, selon les niveaux de désignation, la composition du comité local doit s'ajuster et être représentative des soins et services offerts par le centre désigné.

8.3.1 Les principaux rôles et responsabilités des comités locaux en traumatologie

- ❑ Assurer la mise en place des interventions de prévention des traumatismes en lien avec les PAL;
- ❑ Analyser et évaluer la pertinence et la performance des politiques et des procédures reliées aux soins et aux services donnés aux traumatisés desservis par le CSSS;
- ❑ Approuver les protocoles de soins et de services aux traumatisés;
- ❑ Approuver les recommandations susceptibles d'améliorer les services aux victimes de traumatisme et les adresser aux responsables des directions des services concernés;
- ❑ Approuver les normes de qualité développées par le comité de l'évaluation de la qualité de l'établissement;
- ❑ Assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;
- ❑ Assurer le suivi des recommandations déposées par le groupe-conseil en traumatologie suite aux visites d'évaluation de la performance de l'établissement relatives aux services en traumatologie;
- ❑ Assurer le suivi pour les corridors de services; en amont et en aval de l'urgence;
- ❑ Assurer la promotion de la formation continue en traumatologie;
- ❑ S'assurer du fonctionnement optimal en temps réel, des cueillettes de données statistiques des victimes de traumatismes par la tenue des deux registres, le régional par l'urgence et le provincial par le service des archives du CSSS.

Le comité local de traumatologie collabore au suivi de deux sous-comités essentiels au programme de traumatologie de l'établissement :

- ❑ Sous-comité de la formation et de maintien des compétences;
- ❑ Sous-comité de l'évaluation de la qualité des soins et des services en traumatologie, des délais de prise en charge, des cas de décès et des situations discordantes dans les transferts.

Étant donné que l'évaluation de la qualité des soins médicaux en traumatologie relève du comité central d'évaluation de l'acte médical du CMDP, le sous-comité de l'évaluation de la qualité doit, suite à l'identification d'un problème au niveau de l'acte médical, référer au CMDP.

9. LE CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

Le continuum de services en traumatologie (CST) est le modèle d'organisation des services de traumatologie québécois. Il est constitué de 14 maillons qui couvrent tous les types de prévention, soit la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Le CST est un système intersectoriel auquel collaborent des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, universitaires et communautaires.

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

La façon dont les victimes de traumatismes sont prises en charge et traitées a grandement évolué au cours des trente dernières années. L'expérience acquise lors des derniers conflits armés, les nouvelles technologies d'investigation et les études scientifiques récentes ont permis de mieux comprendre les causes de décès par traumatisme et les façons de réduire la mortalité et la morbidité qui en découlent. Toutes les sociétés modernes ont convenu que la meilleure façon d'améliorer la survie des personnes traumatisées était de réduire tous les délais d'accès aux services et aux soins requis.

En 1984, la SAAQ a financé une étude dont les résultats préconisent l'utilisation d'une approche globale des soins aux traumatisés crâniocérébraux. En 1987, la SAAQ a signé, avec l'approbation du 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.

9.1 LA CRÉATION DES GROUPES-CONSEILS EN TRAUMATOLOGIE

En 1989, une collaboration étroite entre le MSSS et la SAAQ a vu le jour. La SAAQ a alors pris une part active dans les différents comités et s'est vu confier par le MSSS, en 1991, le mandat de créer le Groupe-conseil en traumatologie (volet santé physique). Ce groupe-conseil, présidé par la SAAQ, réunit des experts devant faire des recommandations aux établissements de traumatologie et aux instances ministérielles, afin de créer un réseau de services hospitaliers de santé physique en traumatologie respectant des normes de fonctionnement et de performance reconnues en Amérique du Nord. Le Groupe-conseil procède aux évaluations selon la méthode d'audit externe, utilisant pour cela une matrice adaptée au contexte québécois et mise en place par des experts en traumatologie.

À partir de janvier 2009, en collaboration avec le MSSS, l'AETMIS a pour mandats principaux de poursuivre, actualiser et compléter les travaux entrepris dans l'esprit des mandats antérieurement donnés à la SAAQ par le MSSS, lesquels portaient sur la consolidation du réseau de traumatologie de même que sur le monitoring des fonctions évaluatives des 14 maillons du Continuum de services en traumatologie (CST). De façon particulière, en ce qui a

trait à ce monitoring, l'AETMIS sera responsable, nommément, de supporter et de participer à l'évolution des orientations ministérielles en matière de qualité des services en traumatologie.

Depuis 1992, le Groupe-conseil en traumatologie (volet santé physique) s'est vu confier par le MSSS quatre mandats bien précis :

1992 : la SAAQ accepte son premier mandat, soit d'évaluer en audit externe le réseau des établissements de santé et de recommander la désignation de certains d'entre eux pour créer un réseau spécifique de centres de traumatologie.

1995 : la SAAQ accepte, toujours dans le cadre de son rôle d'audit externe, un deuxième mandat où le « Groupe-conseil en traumatologie, volet santé physique » qu'elle préside, vérifiera la pertinence du maintien des désignations selon l'approche matricielle utilisée lors du premier cycle de visites.

1997 : la SAAQ accepte un mandat spécifique, soit celui de présider le Groupe-conseil en vue d'évaluer les deux centres d'expertise pour les victimes de blessures médullaires et d'intégrer l'évaluation du volet réadaptation dans la matrice utilisée, soit les éléments et standards de qualité à retrouver dans les programmations de services.

1998-1999 : la SAAQ 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, et 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 2^e 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 : les Groupes conseils en traumatologie, volets santé physique et réadaptation / soutien à l'intégration, acceptent le mandat d'évaluation pour la désignation des deux centres d'expertise pour les victimes de brûlures graves (VBG).

2005 : un comité aviseur est constitué afin de définir une offre de services pour les victimes de TCC léger 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.

Au printemps 2004, la SAAQ reçoit du MSSS le mandat spécifique d'élaborer l'architecture et l'ingénierie des fonctions évaluatives pour l'ensemble du Continuum de services en traumatologie et d'implanter pour la totalité de ses composantes un programme d'amélioration continue de la 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 visés.

9.2 LES RÉSULTATS ATTEINTS

Une étude prospective sur les impacts de l'implantation du CST a démontré une amélioration du taux de mortalité des blessés graves, qui est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002. Ces données ont été recueillies à même le Registre des traumatismes, créé à partir d'un partenariat entre le MSSS, la SAAQ et l'Université McGill, afin de monitorer l'évolution du CST.

Ce modèle unique de continuum de services en traumatologie a été rendu possible grâce à un partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux. Il est l'aboutissement de plusieurs années de travail acharné de la part de tous les partenaires du réseau, afin que les délais d'accès à des soins de qualité soient les plus courts possible, malgré les caractéristiques géographiques et démographiques du Québec. Grâce à l'implantation du continuum de services en traumatologie, le MSSS et l'AETMIS ont atteint leurs objectifs :

- d'accessibilité,
- d'efficacité,
- de qualité,
- de continuité.

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. C'est dans cet esprit, d'ailleurs, que le MSSS et l'AETMIS travaillent à l'élaboration d'un autre projet, appelé FECST (fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie), qui devrait contribuer à accroître l'efficacité du réseau mis en place.

9.3 PRIX D'EXCELLENCE 2006 DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE DU QUÉBEC

Le projet Continuum de services en traumatologie a obtenu le prix Fonction publique, lors de la remise des prix d'excellence de l'administration publique du Québec de 2006.

9.4 LES TYPES DE SERVICE

Le CST, dans sa phase POSTIMPACT, couvre trois types de services :

Les services PRÉHOSPITALIERS incluent l'ensemble des intervenants du système à partir de l'appel fait au 9-1-1 pour signaler l'événement :

- Les répartiteurs du 9-1-1 et des centres de communication santé;

- ❑ Les policiers et les premiers répondants. Par une intervention précoce et standardisée, ils stabilisent et sécurisent l'environnement et les blessés jusqu'à l'arrivée des services ambulanciers;
- ❑ Les ambulanciers dirigent les traumatisés vers les établissements désignés pour offrir des soins aux traumatisés.

Les services HOSPITALIERS de santé physique sont offerts par des organismes de santé désignés, qui assurent une prestation de service en fonction des ressources disponibles. Les centres de traumatologie sont classifiés au niveau :

- ❑ Primaire, s'ils sont situés à plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire et s'ils offrent des services de chirurgie générale et d'anesthésie;
- ❑ Secondaire, s'ils offrent de la chirurgie générale, de l'orthopédie, des soins intensifs polyvalents ainsi que de la réadaptation précoce;
- ❑ Secondaire régional, offrant des services de chirurgie générale, des services d'orthopédie, de soins intensifs polyvalents et des services de réadaptation précoce. Certains centres secondaires régionaux, par leur implication dans un consortium d'établissements, sont responsables des services surspécialisés en neurotraumatologie pour la région qu'ils desservent;
- ❑ Tertiaire, s'ils offrent des soins spécialisés et ultraspécialisés de traumatologie, de neurochirurgie, des soins intensifs spécialisés et de la réadaptation précoce interdisciplinaire. Certains centres tertiaires, de par leur implication dans un consortium d'établissements, sont responsables des services surspécialisés en neurotraumatologie pour la région qu'ils desservent. Certains centres tertiaires font partie d'un centre d'expertise des services aux blessés médullaires et aux victimes de brûlures graves.

Les services POSTHOSPITALIERS sont dispensés aux personnes traumatisées qui voient leurs habitudes de vie menacées de façon permanente par une ou des séquelles d'un traumatisme. Les services de réadaptation sont offerts à l'interne ou à l'externe selon les besoins de la clientèle. Des services de maintien dans le milieu de vie sont également offerts aux personnes traumatisées qui présentent des incapacités permanentes, afin de leur permettre, ainsi qu'à leurs proches, de retrouver une qualité de vie et une participation sociale optimale.

Mesure 1

Que l'Agence

Nomme un répondant qui siègera au comité provincial, régional et les différents comités locaux de traumatologie.

Mesure 2

Que l'Agence

Maintienne le comité régional en opération, quatre rencontres annuelles.

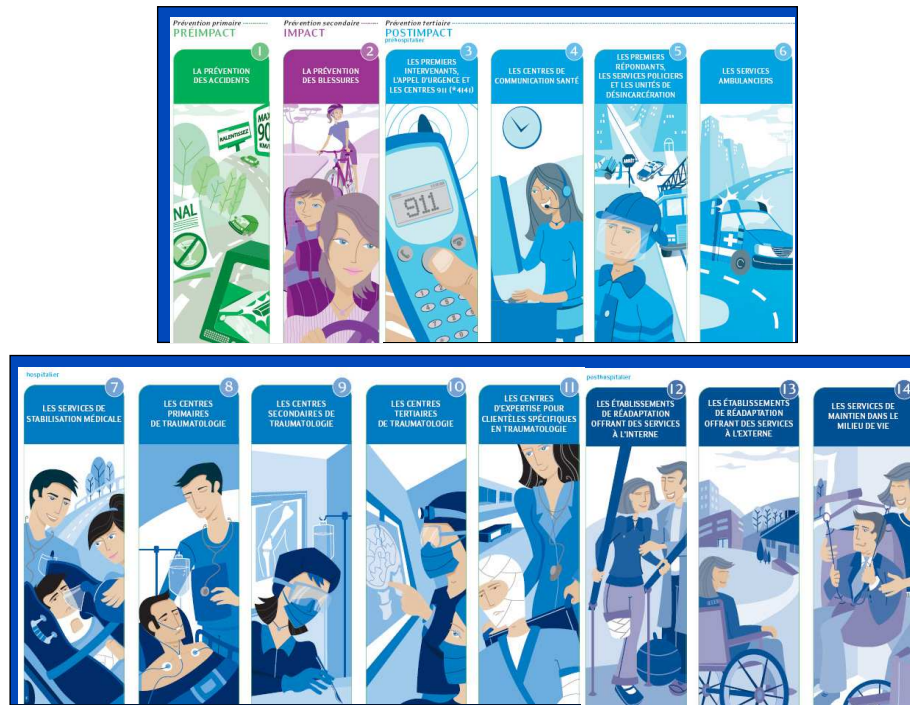
Mesure 3

Que les centres désignés

Maintiennent le comité de traumatologie local en opération en fonction des secteurs de représentativité, quatre rencontres annuelles.

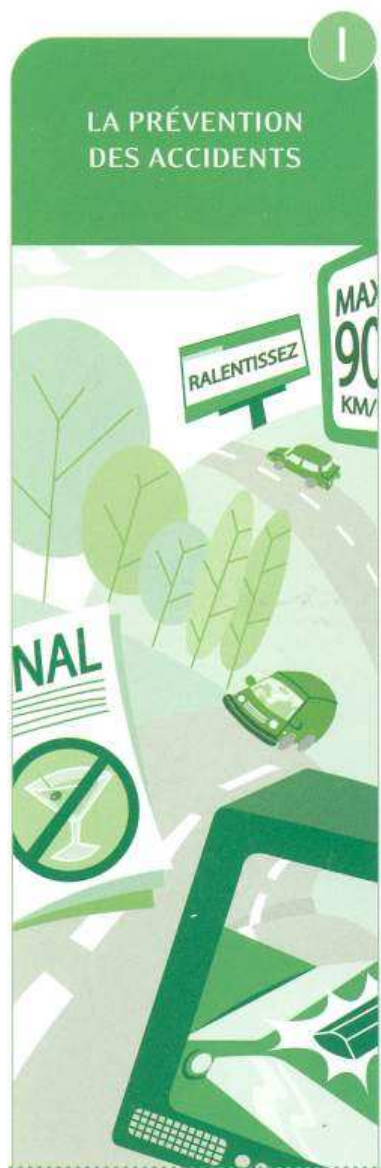


Le Continuum de services en traumatologie c'est :



Québec

PRÉIMPACT



10. SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION (MAILLON 1)

Plusieurs spécialistes le confirment, pour améliorer l'état de santé de la population en général et des personnes en particulier et en réduire ainsi les besoins curatifs, une bonne partie de la solution repose sur la prévention. En matière de prévention des blessures, il faut privilégier des « actions qui visent, soit à changer les comportements des individus, soit à rendre l'environnement plus sécuritaire, soit encore à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par la législation.⁷ »

10.1 CONSTAT

Le réseau des services de santé de la région des Laurentides doit s'ajuster à l'évolution des besoins d'une population en forte croissance démographique, mais aussi qui vieillit rapidement. On peut supposer que l'accroissement prévu de la population de 65 ans ou plus pourrait se traduire par une augmentation des chutes chez les personnes âgées. Parallèlement, le nombre élevé de jeunes âgés entre 0 et 5 ans peut avoir une incidence sur les services reliés aux blessures à domicile. Dans ces deux cas, le développement d'activités de prévention et de promotion peut contribuer à diminuer les risques pour la population et à atténuer une éventuelle augmentation de la demande de services.

À la lumière des particularités de la région des Laurentides, nous nous attarderons à la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, ainsi qu'à la prévention des chutes chez les personnes âgées. Ces deux priorités profiteront au cours des prochaines années d'interventions spécifiques et reconnues efficaces.

⁷ Programme national de santé publique 2003-2012 <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publication.html>

10.2 PRÉVENTION DES BLESSURES ET AUTRES TRAUMATISMES À DOMICILE (MAILLON 2)

IMPACT



Objectif du programme

Intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*.

Clientèle visée

- Enfants;
- Adultes.

État de situation

Comme cela se fait dans plusieurs régions au Québec, une trousse de prévention des blessures chez les enfants est remise à toutes les familles suivies dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*. Cette trousse est remise par un intervenant dans le cadre de visites à domicile et s'inscrit dans un "counselling" portant sur la sécurité.

Des sièges de retenue pour nouveau-nés, des barrières de sécurité pour les escaliers et des baignoires pour bébé sont également remis à certaines familles vulnérables.

Les intervenants œuvrant auprès des familles, tant des CSSS que des organismes communautaires de chacun des territoires, ont également reçu une formation sur la prévention des blessures.

Le document « Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants » a été distribué à tous les CSSS de la région, ainsi qu'aux organismes communautaires

subventionnés dans le cadre du *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)* et sert de référence pour appuyer les interventions. Des copies du guide ont également été remises aux organismes communautaires qui ne faisaient pas partie de la distribution initiale.

Les organismes communautaires « familles » ont également reçu une trousse de prévention des blessures chez les enfants qui est utilisée dans les ateliers portant sur ce thème.

Mesure 4

Que la direction de santé publique

Poursuive la distribution de la trousse de prévention des blessures chez les enfants dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*;

Mette à jour les connaissances des intervenants œuvrant auprès des familles.

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

Direction de santé publique :

- Constituer la trousse de prévention et la distribuer aux CSSS;
- Offrir des rencontres de mise à jour des connaissances aux intervenants des CSSS et des organismes communautaires.

CSSS :

- Distribuer la trousse et offrir un “counselling” sur la prévention des blessures aux familles suivies dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*.

10.3 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatisme non intentionnel et sont la principale cause d'hospitalisation⁸. Elles occasionnent de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé et sont source d'une consommation considérable de services de santé. Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent les principales victimes. De plus, chez cette clientèle vulnérable, les chutes peuvent compromettre l'autonomie et la qualité de vie. C'est dans cette perspective que le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2003-2012 qui précise les objectifs à poursuivre, préconise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes par des activités de prévention, objectif intégré dans le Plan d'action régional de santé publique de la région des Laurentides.

À l'instar de la société québécoise, la région des Laurentides assiste au phénomène de vieillissement de sa population. Cependant, les projections 2009-2012 montrent que cette tendance s'effectuera à un rythme accéléré dans notre région. En effet, le taux d'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus de la région des Laurentides, parmi les plus élevés au Québec, se situe à 14,4 % comparativement à 10,2 % pour l'ensemble de la province⁹. Dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie et de vieillissement de la population, les actions de prévention et de promotion, visant à augmenter les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque, représentent une stratégie prometteuse. Au chapitre des chutes non intentionnelles, les activités de prévention des chutes sont d'autant plus indiquées que selon les

⁸ Programme national de santé publique 2003-2012 <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>

⁹ Institut de la statistique du Québec, projections démographiques 2001-2026

plus récentes données disponibles, la région des Laurentides se démarque en affichant à la fois un taux ajusté de mortalité - qui est surtout le lot des personnes très âgées (Laurentides 2,7/100 000; Québec 3,1/100 000; 2000-2004)¹⁰, et un taux ajusté de morbidité hospitalière (Laurentides 35,6/10 000; Québec 29,9/10 000; 2002-2003) plus élevés que les taux provinciaux.

Selon l'état actuel des connaissances, les chutes chez les aînés résulteraient de l'interaction d'une multitude de facteurs. S'appuyant sur les données probantes, le cadre de référence du MSSS *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* recommande l'implantation de mesures de prévention multifactorielles¹¹.

10.3.1 Activités de promotion : Réseau Viactive et Clubs de plein air (Kino-Québec)

Objectif du programme

Promouvoir l'activité physique, notamment la marche, afin d'améliorer la force, l'équilibre et la performance physique.

Clientèle visée

L'ensemble des aînés de 55 ans et plus.

État de situation

À ce jour, nous comptons 2 756 participants, 73 clubs de plein air et 96 groupes *Viactive*.

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

Direction de santé publique :

Soutenir la conseillère régionale *Viactive* dans ses activités.

Autres collaborateurs pouvant être impliqués

- Organismes communautaires;
- Milieux municipaux;
- Résidences privées en hébergement.

10.3.2 Activités de prévention : Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.)

Le programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) est une intervention multifactorielle non personnalisée sous forme d'activités de groupe comprenant des exercices axés sur l'équilibre et la mobilité, auxquelles se greffent des capsules de discussion sur les risques environnementaux et comportementaux.

¹⁰ Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Institut National de Santé Publique du Québec

¹¹ Les principales mesures multifactorielles visées touchent l'état de santé et la capacité physique (ex. l'équilibre et la force musculaire), les comportements (ex. consommation de médicaments et la prise de risque) et l'environnement notamment l'environnement domiciliaire, mais également le milieu extérieur.

Objectif du programme

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile par la réduction des facteurs de risque de chutes liés à l'individu, ses comportements et son environnement.

Clientèle visée

- Personnes de 65 ans et plus à risque de chute ou ayant une histoire de chute :
 - La population des aînés de 65 ans et plus de la région des Laurentides est de 69 921. On estime qu'environ le tiers des aînés sont victimes d'une chute chaque année, ce qui représente près de 23 300 chuteurs.
 - Les ententes administratives prévoient, qu'au moins 1 % de la population régionale de personnes âgées participe à P.I.E.D. annuellement.

État de situation

Le programme P.I.E.D. est présentement disponible dans tous les territoires de la région.

Mesure 5

Que la direction de santé publique

Poursuive le déploiement du programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), destiné aux personnes âgées à risque de chutes.

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

Direction de santé publique :

- Assurer la coordination régionale des activités en prévention des chutes;
- Offrir un accompagnement et une expertise aux répondants locaux responsables du dossier;
- Soutenir l'implantation et la mise en œuvre des interventions en prévention des chutes;
- Offrir de la formation et des activités de ressourcement aux intervenants;
- Assurer le suivi et l'évaluation.

CSSS :

- Désigner un répondant local responsable de la coordination du dossier;
- Assurer l'implantation et la mise en œuvre des interventions en prévention des chutes;
- Contribuer à la formation;
- Collaborer au suivi et à l'évaluation.

Autres collaborateurs pouvant être impliqués

- Organismes communautaires;
- Résidences privées en hébergement;
- Municipalités.

11. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Les services préhospitaliers d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps sur le territoire des Laurentides. Pour ce faire, les ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité en tenant compte des particularités de chacun des sept réseaux locaux.

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le service doit avoir comme objectif de fonctionnement une réduction maximale de son temps-réponse pour les cas qui requièrent une attention immédiate. Nous savons très bien que la survie des traumatisés majeurs est étroitement liée à la compression des délais et à la réaction du système. Les services préhospitaliers sont un maillon crucial de la réussite de cet objectif.

Ainsi, les actions prises en fonction des demandes doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles et aux normes en vigueur et maximiser les chances de survie des victimes de traumatismes majeurs.

Le système doit permettre l'orientation primaire optimale des victimes vers l'établissement receveur le plus approprié sur le territoire et, si nécessaire, vers le centre tertiaire desservant les Laurentides, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou du CHU Sainte-Justine. De plus, le système doit répondre en temps requis aux demandes de transferts interétablissements, STAT ou urgentes.

De plus, le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne en partenariat avec le réseau sociosanitaire.

Pour ce qui est de l'intégration des services préhospitaliers d'urgence dans le programme régional de traumatologie, nous identifions quatre secteurs névralgiques :

- ❑ Le premier intervenant (témoin);
- ❑ Le centre de communication santé en lien avec les centres de réponse 9-1-1;
- ❑ Les premiers répondants;
- ❑ Les techniciens ambulanciers paramédics.



11.1 LE PREMIER INTERVENANT (TÉMOIN) (MAILLON 3)

Le premier intervenant est le témoin de l'évènement ou le passant qui découvre la victime de traumatisme. Le premier intervenant joue deux rôles importants dans la survie du patient traumatisé : l'activation de la chaîne de survie et l'administration des premiers soins.

La demande d'aide initiale active la chaîne de survie. De plus, les quelques actions simples qui seront posées par le premier intervenant peuvent être déterminantes dans le pronostic éventuel de la victime. La formation des citoyens en réanimation et premiers soins est donc cruciale à ce niveau.

11.2 LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 9-1-1 (MAILLON 4)

Lorsque le premier intervenant appelle à l'aide, il compose le 9-1-1. L'appel est reçu par un des nombreux centres de réponse 9-1-1 qui sont indépendants et généralement sous l'égide des municipalités.

Après la réception et l'évaluation de l'appel par le répartiteur du service 9-1-1, selon leur protocole de réponse, l'appel est transféré au centre de communication santé (CCS). Actuellement, en réponse à la Loi 96, l'OBNL qui sera responsable du centre de communication santé (CCS) pour les régions des Laurentides et Lanaudière est en processus de mise en place.

Le centre de communication santé (CCS) doit, une fois l'appel reçu, le traiter, le prioriser et ensuite affecter les ressources nécessaires. Le traitement des appels médicaux se fait par le système médicalisé des priorisations des appels urgents, reconnu mondialement (MPDS). Pour ce faire, le répartiteur médical d'urgence doit questionner l'appelant, afin de classifier la demande de service selon un système national préétabli de priorisation.

L'autre facteur qui tend à augmenter le délai de réaction des services préhospitaliers est la technologie utilisée. Aujourd'hui, afin de maintenir un niveau de qualité supérieur dans les opérations d'un centre de communication santé, il est impératif de recourir à un système de répartition assistée par ordinateur (RAO) jumelé à une géobase numérique qui relie l'ensemble des intervenants-terrain (véhicules ambulanciers, véhicules de supervision et services de premiers répondants) à un localisateur géospatial (GPS) et permet la transmission de données entre le CCS et un terminal véhiculaire. Cette façon de faire réduit considérablement le temps de réponse des ressources pour se rendre au chevet du patient. Elle permet également l'obtention de statistiques fiables et précises qui sont essentielles pour les différents décideurs.



La venue du nouveau centre de communication santé devrait permettre une mise à niveau et le déploiement d'équipements technologiques qui amélioreront le temps de réponse lors de la réception des appels.

Mesure 6

Que les Agences des Laurentides et de Lanaudière

Poursuivent la réalisation de la mise en place du CCS pour les régions des Laurentides et de Lanaudière, en respectant les normes d'implantation dictées par le ministre;

Fournissent les systèmes technologiques adéquats à la bonne marche d'un CCS, et à la gestion de la flotte préhospitalière.



11.3 LES PREMIERS RÉPONDANTS (MAILLON 5)

Les premiers répondants sont des intervenants santé formés pour intervenir dans les cas d'urgence majeurs, médicaux, obstétricaux et traumatiques. Ils font partie de la structure même des services préhospitaliers d'urgence, car ils sont affectés par le CCS selon la procédure de priorisation du MPDS discutée au point 11.2.

Nous avons considéré les particularités de nos régions respectives pour que les premiers répondants, dans les municipalités où existe ce service, soient affectés sur tous les cas de traumatismes majeurs.

Les premiers répondants jouent un rôle vital lors d'une intervention auprès d'un traumatisé majeur. Les premiers répondants sont des intervenants généralement associés à leur municipalité. Leur proximité assure une réponse rapide au chevet du traumatisé majeur.

Nous comptons sept services de premiers répondants sur le territoire des Laurentides, soit :

- Wenworth Nord;
- Saint-Rémi (Amherst, Vendée);
- Ferme-Neuve;
- Morin-Heights;
- La Minerve;
- Arundel;
- L'Ascension ;
- Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson.

Mesure 7

Que l'Agence

Favorise le développement de nouveaux services de premiers répondants et consolide les services déjà en fonction.

Mesure 8

Que l'Agence

Prévoit l'application du nouveau programme de maintien des compétences des services de premier répondant développé par le ministère.

11.4 LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS (MAILLON 6)



11.4.1 La réponse ambulancière

La région des Laurentides, comme plusieurs autres régions du Québec, couvre un très grand territoire. Elle est aussi une région qui a connu une explosion démographique récente. Des ressources ambulancières ont été ajoutées en nombre important depuis les dernières années.

11.4.2 Le transport des victimes de traumatismes majeurs

La compression des délais étant vitale pour la victime de traumatisme, le choix du centre hospitalier receveur est déterminant pour sa survie. La direction médicale du SPU Laurentides a développé, il y a plusieurs années, la procédure de transfert direct en traumatologie qui dicte les règles qui doivent être suivies dans le choix du centre hospitalier receveur. Cette procédure a été mise à jour de façon régulière en réaction aux différents changements dans le réseau régional de traumatologie. Les éléments à considérer par les techniciens ambulanciers paramédics sont : la gravité de l'état de la victime, le niveau de désignation en traumatologie du centre hospitalier receveur et la distance (en temps) à parcourir (Voir annexe 1 – Procédure de transfert direct des traumatisés majeurs vers le CH approprié et annexe 2 – Organigramme décisionnel de répartition des transports primaires).

En plus de définir les règles de choix du centre receveur, la procédure dicte aussi quand un préavis doit être communiqué à la salle d'urgence du centre receveur et les éléments qui doivent être transmis lors de ce préavis. Ceci est l'élément crucial d'une interface efficace entre le préhospitalier et l'hospitalier.

11.4.3 Les soins ambulanciers aux traumatisés majeurs

La formation en traumatologie des techniciens ambulanciers paramédics dans la région a débuté par une formation de trois jours en « Pre Hospital Trauma Life Support » (PHTLS) qui a été suivie d'une formation de mise à jour en 2000, le Trauma 2000.

Depuis janvier 2009, une formation en traumatologie est dispensée à l'ensemble des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) de notre territoire. Pour les TAP, cette formation est une révision de concepts déjà connus et certaines particularités y sont enseignées. Parmi ces sujets, nous insistons davantage sur deux types de clientèle. Les clientèles pédiatriques et gériatriques présentent en effet des caractéristiques qui leur sont propres et méritent d'être bien connues de nos TAP.

Mesure 9

Que l'Agence

Poursuive la formation pour l'ensemble des TAP de la région et s'assure que la destination du patient soit la bonne.

Pour rendre notre système de soins à la population encore plus efficient, un nouveau programme d'assurance qualité est présentement en implantation. L'objectif étant d'améliorer sans cesse nos performances, ce nouveau système d'assurance qualité appelé « progiciel » sera déployé au niveau provincial. Ce progiciel est perçu comme un outil indispensable, car il nous permettra de mesurer la performance de notre système actuel en soins préhospitaliers, de plus, ce système facilitera la cohérence avec le plan de qualité clinique actuel.

L'analyse des données recueillies du progiciel nous permettra d'identifier les différents éléments essentiels, contribuant à l'amélioration continue de la pratique des actes posés par les techniciens ambulanciers paramédics, incluant la traumatologie.

12. SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

12.1 MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE SERVICES LOCAUX

Les CSSS sont responsables, avec leurs partenaires du réseau local de services (RLS), de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'ils desservent.

Par conséquent, l'adoption du projet de loi 83¹² appelle les dirigeants des CSSS à une démarche de réflexion élargie visant la transformation en profondeur de l'organisation des services et des ressources de cette nouvelle entité, vers l'atteinte des objectifs ciblés d'accessibilité et de continuité des services de santé et des services sociaux.

Pour y parvenir, tel qu'indiqué dans le document du MSSS « *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique* »¹³, on mise sur « *une meilleure intégration des services à proximité des milieux de vie, sur l'accessibilité à une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanisme de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés)* ».

Au sein d'une offre intégrée de service, deux orientations fondamentales impriment le changement en favorisant une perspective plus large et plus globale de la planification des services de santé : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Ainsi, ce contexte d'élaboration des projets cliniques constitue une opportunité de contribuer à la mise à jour des continuums de services intégrés en traumatologie et des ententes de services régionales et supra régionales. Rappelons que ces ententes ont pour objectif la prise en charge optimale des personnes traumatisées ou ayant un risque potentiel et de déterminer les rôles respectifs de l'établissement receveur, du centre référant et de celui d'origine.

Mesure 10

Que les centres de traumatologie de la région

Produise un programme et recueils de procédures sur le site WEB Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST).

¹² Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives

¹³ L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>

Mesure 11

Que l'Agence

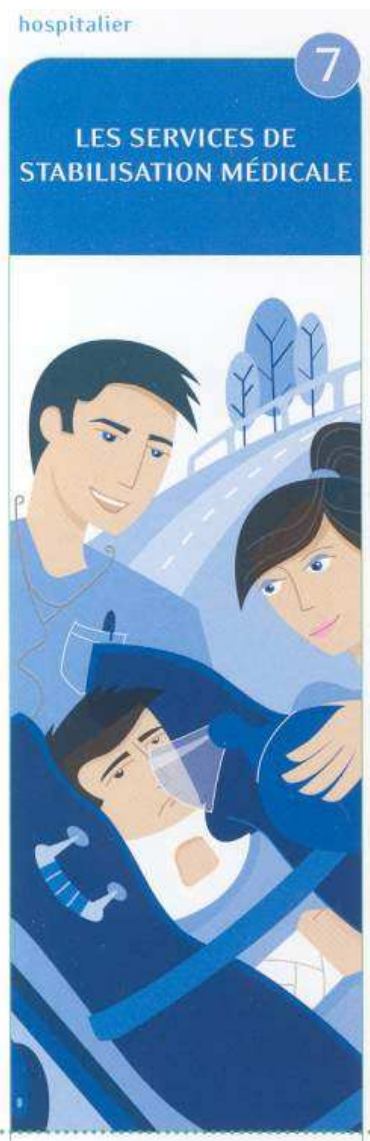
Stabilise les équipes médicales.

12.2 LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (MAILLONS 7 À 10)

Les dernières visites de suivi du Groupeconseil en traumatologie datent de janvier 2005 pour l'ensemble des centres de la région. Ces visites ont permis de confirmer le maintien inconditionnel de leur niveau spécifique et d'apporter quelques recommandations particulières pour chacun des CSSS.

Les établissements identifiés comme centre de traumatologie sont sélectionnés après un processus d'évaluation basé sur les critères de désignation suivants :

- ❑ L'expertise professionnelle;
- ❑ L'organisation des soins;
- ❑ Le volume d'usagers;
- ❑ Les ressources matérielles disponibles;
- ❑ L'engagement du milieu;
- ❑ L'enseignement;
- ❑ La recherche;
- ❑ L'engagement communautaire;
- ❑ La réadaptation.



Dans notre région, il n'y a pas de services de stabilisation médicale.



Les centres primaires de traumatologie sur le territoire des Laurentides sont l'Hôpital de Mont-Laurier et l'Hôpital Laurentien de Sainte-Agathe.



Les centres secondaires de traumatologie sont l'Hôpital de Saint-Eustache et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.



Les centres tertiaires de traumatologie pour la région des Laurentides sont situés à Montréal : le CHU Sainte-Justine pour la clientèle pédiatrique et l'Hôpital Sacré-Cœur pour la clientèle adulte.



13. SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

13.1 ÉTABLISSEMENTS SUPRARÉGIONAUX (MAILLON 12)



Après avoir reçu des services dans un centre hospitalier tertiaire, la clientèle ayant des besoins de réadaptation interne est dirigée dans un établissement de réadaptation, tel le Centre de réadaptation Marie-enfant (clientèle pédiatrique), l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (blessés médullaires et amputés), l'Hôpital juif de réadaptation (traumatisés craniocérébraux) et l'Hôpital de réadaptation Villa Medica (grands brûlés). Les établissements de réadaptation suprarégionaux, de par leur implication dans un continuum d'établissements, sont responsables de certains services surspécialisés pour l'ensemble des régions qu'ils desservent. Lorsque la clientèle est en mesure de recevoir ces services en externe, elle est dirigée vers le CRDP Le Bouclier. De façon exceptionnelle, il arrive que des personnes passent directement du centre hospitalier tertiaire vers les services externes du CRDP Le Bouclier.



13.2 ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL (MAILLON 13)

Les services de réadaptation spécialisés sont offerts dans la région des Laurentides par le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier.

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

Les services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration professionnelle et sociale consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie, sa famille et ses proches lui permettant de réaliser ses habitudes de vie de façon optimale.

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; ils sont spécialisés et modulés 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, les personnes victimes de traumatisme qui reçoivent des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration professionnelle et sociale du CRDP Le Bouclier sont celles qui ont un traumatisme crâniocérébral (TCC), qui sont atteintes d'une blessure médullaire et les personnes ayant une blessure grave (incluant blessure orthopédique grave, amputation et brûlure grave).

Les services sont offerts sur une base externe et sont réalisés par une équipe interdisciplinaire, spécialisée en traumatologie, composée de professionnels des disciplines suivantes : physiothérapie, technicien en réadaptation physique, ergothérapie, psychologie, neuropsychologie, orthophonie, travail social, éducation spécialisée, sexologie et médecine. Cependant, il est possible que pour répondre à des besoins plus spécifiques, l'équipe de traumatologie puisse bénéficier de l'expertise de professionnels, tels que l'audiologiste, la nutritionniste, le spécialiste en orientation mobilité et le spécialiste en réadaptation visuelle, tous présents dans d'autres programmes du CRDP Le Bouclier. Pour les clientèles ayant un TCC modéré ou sévère ou les personnes atteintes d'une blessure médullaire, les services de réadaptation externes du Bouclier s'inscrivent en continuité avec les consortiums de services qui seront décrits dans les prochains chapitres.

Les différents services de réadaptation offerts par Le Bouclier s'inscrivent en complémentarité et surtout en continuité avec les services de première ligne offerts en centres de santé et de services sociaux.

L'Agence des Laurentides a produit en mars 2005, en collaboration avec tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région, un document de soutien à l'élaboration des projets cliniques et organisationnels. Au sein du programme service : Déficience physique est identifiée, entre autres, une nomenclature des services et activités précisant les principaux producteurs de services et les défis de la nouvelle organisation des services dont les CSSS auront à tenir compte dans la réalisation de leur projet clinique local.

Le CRDP Le Bouclier a amorcé depuis le printemps 2008, l'élaboration d'entente de collaboration avec les CSSS. Ces ententes permettront de préciser les rôles et responsabilités respectives, de même que les modalités de fonctionnement entre les deux établissements et de formaliser les trajectoires de services. L'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) date de novembre 1995. Ces services sont actuellement répartis dans cinq CSSS de notre région, dont quatre centres hospitaliers et un centre d'hébergement de soins de longue durée : CSSS de Saint-Jérôme, CSSS d'Argenteuil, CSSS des Sommets, CSSS d'Antoine-Labelle et CSSS de Thérèse-De Blainville.

Cependant, les services de réadaptation fonctionnelle intensive sont en pleine transformation. À la suite de plusieurs travaux régionaux, deux continuums de services distincts ont été identifiés : réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et la réadaptation à intensité variable (RIV). La RIV s'adresse à une clientèle présentant des incapacités temporaires, davantage liées au programme service : **Santé physique**. La RIV sera offerte par les CSSS. Quant à la RFI, elle s'adresse à une clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes, qui sont

davantage liées au programme service : **Déficiência physique**. La RFI (services internes et externes) sera sous la gouvernance du CRDP Le Bouclier en collaboration avec le CSSS d'Argenteuil et le CSSS des Sommets.

La réorganisation de la RFI vise l'optimisation de l'offre de services spécialisés et surtout l'autosuffisance régionale en matière de RFI.

**NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SERVICES DU
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE LE BOUCLIER
PAR DIAGNOSTIC, PAR GROUPE D'ÂGE
PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE
2007-2008**

	Syndrome du bébé secoué	Blessures médullaires	Blessures orthopédiques graves	Lésions tissus mous	Amputés	Grands brûlés	TCC			Total
							léger	modéré	sévère	
0-5 ans	5	--	--	--	--	--	--	1	2	8
6-11 ans	3	--	1	--	--	--	3	2	4	13
12-17 ans	--	--	2	--	--	--	5	11	6	24
18 ans et +	--	36	82	129	5	4	66	40	37	399
Total	8	36	85	129	5	4	74	54	49	444

14. SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE (MAILLON 14)



Les sept CSSS de la région des Laurentides, le CRDP Le Bouclier et le Centre d'aide pour personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides (CAPTCHPL organisme communautaire) sont impliqués dans l'offre de service de soutien à l'intégration et à la participation sociale de la clientèle traumatisée. Les responsabilités de chaque partenaire ont été identifiées au sein du document de soutien pour l'élaboration des projets cliniques et organisationnels¹⁴.

Cependant, des travaux se poursuivront afin de mettre en place des mécanismes de liaison et de transfert entre le CRDP Le Bouclier, les CSSS et le CAPTCHPL, et ce, 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 de chacun à l'égard du suivi à long terme de ces clientèles et les rôles respectifs dans le respect des missions de chaque établissement.

Mesure 12

Que les établissements

Formalisent des liens plus étroits entre la réadaptation, la mission CLSC des CSSS et le CAPTCHPL en visant le développement d'entente au soutien et à l'intégration de la clientèle.

¹⁴ L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>

15. LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

Les clientèles desservies dans le cadre du continuum de services sont :

- ❑ Les blessées médullaires;
- ❑ Les personnes traumatisées crâniocérébrales;
- ❑ Les personnes victimes de brûlures graves;
- ❑ La clientèle de revascularisation microchirurgicale d'urgence;
- ❑ Les blessés orthopédiques graves (BOG).

15.1 LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE

Depuis le début de l'année 2004, un comité de suivi a été formé avec les représentants du Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'ouest du Québec, les sept CSSS des Laurentides, le CRDP Le Bouclier et l'Agence des Laurentides. Ce comité a pour objectif de s'assurer de la continuité des services entre les partenaires.

En 2005, les travaux du comité ont consisté en la réalisation de mécanismes de liaison qui précisent les liens de collaboration entre le Centre d'expertise pour l'ouest du Québec et les établissements régionaux, en vue d'assurer la fluidité dans le cheminement des personnes d'un établissement à l'autre. Suite à ces travaux, un protocole d'entente a été signé entre les partenaires suivants : le centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec, le CRDP le Bouclier, les 7 CSSS des Laurentides, l'Agence des Laurentides ainsi que celle de Montréal. Le protocole est présentement en révision.

Selon le cadre de référence du MSSS de mars 2001 sur l'assistance ventilatoire à domicile¹⁵, la prise en charge de la clientèle ventilée à domicile revient automatiquement à la région d'origine de l'usager. Ainsi, afin de répondre à ce mandat, l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a proposé une organisation des services adaptés aux besoins particuliers de cette clientèle spécifique.

L'Agence a prévu l'accessibilité de ces services sur tout le territoire des Laurentides en tenant compte des rôles qui lui sont dévolus, et ce, en lien avec sa réalité régionale, son profil géographique, ainsi que ses ressources humaines et financières disponibles.

Une coordination régionale tant médicale qu'organisationnelle a été mise en place afin d'établir des liens de partenariat avec le Programme national en assistance ventilatoire à domicile (PNAVD), le centre tétraplégique ventilo assisté (TVA) et les établissements du territoire des Laurentides, pour assurer la prestation des services professionnels et sécuritaires adéquats aux clientèles ventilées à domicile et ainsi, maintenir un véritable continuum de services allant des services les plus surspécialisés offerts en milieu hospitalier jusqu'au domicile de la personne. L'Hôpital régional de Saint-Jérôme, répondant à tous les critères de désignation du cadre de référence, a reçu le mandat de centre régional des Laurentides.

¹⁵ Cadre de référence sur l'assistance ventilatoire à domicile clientèle adulte et pédiatrique Mars 2001
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/handicape.nsf/585b3578877da98b85256d0a0076bed0/b53cfb4f89c7160685256d6c004fb0f2/\\$FILE/Ventilo_cadre-ref_mars2001.PDF](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/handicape.nsf/585b3578877da98b85256d0a0076bed0/b53cfb4f89c7160685256d6c004fb0f2/$FILE/Ventilo_cadre-ref_mars2001.PDF)

Veillez noter que le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec, en collaboration avec l'Institut thoracique de Montréal du Centre universitaire de santé McGill, a le mandat national pour desservir la clientèle tétraplégique ventilo-assistée (TVA) préalablement au retour à domicile de cette clientèle.

L'ensemble des interventions inclut des activités individualisées pouvant aller de l'enseignement à la réinsertion sociale, permettant l'autonomie pour la personne tant sur le plan physique, psychologique, médical, social que financier. Ces interventions visent également l'auto-prise en charge, par la personne et ses proches, de la situation de santé et de l'amélioration de sa qualité de vie.

Mesure 13

Que l'Agence, en partenariat avec le comité interrégional,

Réviser le protocole d'entente concernant les blessés médullaires en vigueur jusqu'en octobre 2009.

15.2 LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL

La région des Laurentides est présente dans deux consortiums de services visant la clientèle ayant subi un traumatisme modéré ou grave soit : le consortium des Laurentides pour la clientèle adulte et le consortium interrégional de soins et de services de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents. 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. Chaque région constituant le consortium a élaboré un plan d'action régional, qui doit être réalisé en concertation avec celui du consortium.

15.2.1 Les adultes ayant subi un traumatisme crâniocérébral modéré ou sévère

Le consortium de services pour cette clientèle a été désigné officiellement en août 2008 par la ministre. Rappelons que ce consortium de services touche cinq régions et huit établissements et regroupe les Agences de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière, de Laval, des Laurentides, de Montréal et les établissements suivants : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital général de Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, Centre de réadaptation Constance Lethbridge, Centre de réadaptation Lucie Bruneau, Hôpital Juif de réadaptation de Laval, Centre de réadaptation la Maison et Centre de réadaptation Le Bouclier. Suite à l'évaluation du groupe-conseil du MSSS, le consortium de l'ouest du Québec a été réorganisé en cinq consortiums. Le consortium Laurentides regroupe l'Hôpital Sacré-Cœur, l'Hôpital Juif de réadaptation, le CRDP Le Bouclier ainsi que l'Agence des Laurentides. Bien que les CSSS ne soient pas nommés spécifiquement comme membre du consortium, ils feront partie des comités régionaux afin de réaliser l'ensemble du continuum de services pour cette clientèle. Il en est de même pour l'association régionale le CAPTCHPL.

La gouvernance de ce consortium revient à l'Agence des Laurentides. Le comité de traumatologie est l'instance régionale où l'avancement des travaux en lien avec le plan d'action régional 2008-2011 sont régulièrement présentés. Les objectifs de ce plan d'action sont :

- ❑ Compléter une analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium Laurentides;
- ❑ Assurer l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- ❑ Connaître objectivement et optimiser les détails de prise en charge entre les différents établissements du consortium des Laurentides pour respecter le délai zéro;
- ❑ Assurer un fonctionnement optimal des mécanismes de liaison pour les clients provenant de l'HSCM et qui ne sont pas référés à l'Hôpital Juif de réadaptation;
- ❑ S'assurer que les personnes de 65 ans et plus, ayant subi un TCC modéré et grave reçoivent les services requis à l'intérieur du consortium des Laurentides;
- ❑ Assurer un suivi à long terme (soutien à l'intégration) de la clientèle par la mise en place des mécanismes de liaison et de transfert entre le CRDP Le Bouclier, les CSSS et CAPTCHPL;
- ❑ Établir un mécanisme de collaboration entre les établissements du réseau de la santé pour la clientèle TCC ayant une condition associée de santé mentale ou de toxicomanie;
- ❑ Mettre en place des mécanismes de liaison et de transfert avec le CAPTCHPL dès le début de la réadaptation du client dans la région;
- ❑ Mettre en place des mécanismes de rentrée à travers le consortium des Laurentides en respectant les critères établis dans le protocole du tronc commun;
- ❑ S'assurer que le client a un médecin de famille pendant et après la réadaptation;
- ❑ Définir les ressources d'hébergement substitut pour la clientèle TCC ayant un trouble grave du comportement (TGC) et préciser les mécanismes pour y avoir accès;
- ❑ Établir la trajectoire de services pour la clientèle TCC présentant un TGC.

15.2.2 Les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme crâniocérébral modéré ou sévère

Le consortium de l'ouest pour cette clientèle a été désigné en juillet 2009. Il est constitué de sept régions et de sept établissements. Il regroupe les Agences de Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie, Abitibi-Témiscamingue, Mauricie-Centre du Québec et les établissements : CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre Montérégien de réadaptation, Centre de réadaptation Marie-Enfant, Centre de réadaptation la Maison, Centre de réadaptation Le Bouclier et Centre de réadaptation InterVal.

Le Groupe-Conseil est unanime à recommander la désignation du consortium en fonction de l'organisation des services de santé convenue entre les Agences et les établissements de Montréal et des Laurentides.

L'Agence des Laurentides, comme chaque agence participant au consortium, a déposé dans ce contexte, un plan d'action régional 2008-2011. Les objectifs de ce plan d'action pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme crâniocérébral modéré ou grave, sont :

- ❑ Compléter une analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium;
- ❑ Assurer l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit l'Hôpital Sainte-Justine ou l'Hôpital de Montréal pour enfants;
- ❑ Définir les liens de complémentarité entre les CSSS, le CRDP Le Bouclier, le Centre jeunesse et l'association régionale CAPTCHPL;
- ❑ Établir un mécanisme de collaboration entre les établissements du réseau de la santé pour la clientèle TCC ayant une condition associée de santé mentale ou de toxicomanie;
- ❑ Établir la trajectoire de service pour la clientèle TCC présentant un TGC.

Il est à préciser que le Consortium interrégional de l'ouest de la province offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme crâniocérébral (TCC) modéré ou grave du territoire des Laurentides a été désigné en juillet 2009.

Un sous-comité de la table régionale de traumatologie, composé des CSSS, du CRDP le Bouclier ainsi que de l'association CAPTCHPL et d'autres partenaires au besoin, sera créé pour réaliser certains objectifs.

Mesure 14

Que l'Agence

Mette à jour, en collaboration avec les partenaires, les plans d'action 2008-2011 pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave, ainsi que celui pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave.

15.2.3 Les personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral léger

Conscient et préoccupé de l'organisation de services à mettre en place pour les personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral léger (TCCL), le MSSS a publié un document définissant l'organisation de services aux personnes victimes d'un TCCL¹⁶. Ainsi, cette publication ministérielle vise à favoriser l'implantation de ces orientations par les différents partenaires du réseau afin d'améliorer l'accessibilité des services à cette clientèle.

Depuis janvier 2006, deux rencontres ont eu lieu, auxquelles les centres hospitaliers, le CRDP Le Bouclier et l'Agence étaient présents. Une réflexion régionale était alors amorcée afin de répondre aux orientations ministérielles. Actuellement, le suivi de la clientèle TCCL est fait en grande partie par le CRDP Le Bouclier à la suite d'une référence des CSSS, et ce, indépendamment de la nature des besoins de la personne. Les discussions au plan régional reprendront afin de mettre en place une organisation de services pour cette clientèle, en respectant les rôles et mission de chacun des partenaires impliqués.

¹⁶ Orientations ministérielles pour le traumatisme crâniocérébral léger
http://www.fecst.gouv.qc.ca/fr/publications/documents/orientations_ministerielles.pdf

Mesure 15

Que l'Agence

Mette en place une organisation de services pour la clientèle TCCL selon les orientations du MSSS.

15.3 LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES

Le MSSS a procédé à la création de deux centres 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 ultrasécialisés 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. Suite à un séjour dans ces centres, la clientèle des Laurentides ayant toujours des besoins de réadaptation est dirigée au CRDP Le Bouclier. Aucun protocole n'a été signé entre les partenaires impliqués dans ce continuum.

Mesure 16

Que l'Agence

S'assure la signature d'un protocole d'entente interrégionale pour la clientèle ayant des brûlures graves.

15.4 LA CLIENTÈLE DE REVASCULARISATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE

Concernant cette clientèle, nous attendons sous peu de nouvelles orientations.

15.5 LES BLESSÉS ORTHOPÉDIQUES GRAVES (BOG)

Personne ayant subi une ou des lésions musculo-squelettiques complexes (fracture, luxation) du bassin ou des membres inférieurs et/ou membres supérieurs, du massif facial et tout autre poly traumatisme. Ces lésions, d'origine traumatique, entraînent un trouble de locomotion important et des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie. Outre les fractures, les lésions musculo-squelettiques complexes incluent les lésions tendineuses, neurovasculaires et articulaires. Elles peuvent être associées à des atteintes d'autres systèmes ou organes (ex. : rupture vésicale, lésion du plexus sacré, plaie cutanée étendue). Les lésions ou atteintes du rachis (ex : statut postfusion pour scoliose sévère, multiples fractures ostéoporotiques, etc.) associées obligatoirement à un syndrome douloureux sévère et entraînant des répercussions fonctionnelles significatives sur les habitudes de vie sont également considérées.

16. CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

En continuité avec la mise en place de différents consortiums et de protocoles de transferts interrégionaux, un processus interrégional de services intégrés en traumatologie doit être mis en place.

Ce processus devra permettre :

- À tous les établissements et organismes de la région concernés par le service en traumatologie de s'approprier le continuum de services;
- De définir et de mettre en place les composantes cliniques, organisationnelles et administratives d'un continuum intrarégional et interrégional;
- De mettre en place un cadre formel de collaboration pour l'implantation, le suivi et l'évaluation du continuum intrarégional et interrégional.

Le comité régional de traumatologie a revu l'organisation de ces rencontres en abordant de façon systématique les 14 maillons décrits dans le *continuum de services en traumatologie*. Les responsables de chaque maillon exposent l'avancement des travaux et ainsi, favorisent les échanges et améliorent le continuum intrarégional et les liens avec les centres tertiaires. De plus, l'Agence participe à différents comités interrégionaux en traumatologie ce qui favorise le continuum interrégional.

16.1 TÉLÉTRAUMATOLOGIE

Les centres à mandat tertiaire en traumatologie couvrent un grand territoire géographique et les hôpitaux régionaux n'ont pas d'accès rapide aux services spécialisés et ultraspecialisés en traumatologie malgré les corridors de services établis. Donc, en 2006-2007, un sondage sur les besoins en télétraumatologie a été effectué. Une des solutions à la problématique proposée consiste en des séances de soutien en temps réel et/ou d'accompagnement à la préparation du transfert de patients en traumatologie, par visioconférence, entre salles d'urgence ou de traumatologie du centre régional et salles de garde de traumatologie des centres tertiaires. Pour se faire, il faut connecter les sites par visioconférence afin d'offrir des services de consultations cliniques à distance, en temps réel, mode urgence 24/7, entre les intervenants de centres tertiaires de traumatologie et les équipes des centres hospitaliers régionaux. Un autre objectif du projet consiste à pouvoir fournir de la formation par visioconférence (programme annuel et techniques de soins sur Intranet), car l'accès à la formation est limité pour les régions.

En collaboration avec le RUIS de Montréal en lien avec les projets de télémédecine financés en partie par Inforoute Santé Canada, nous sommes en processus pour mettre en place un projet pilote entre l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (HSCM) comme site émetteur d'expertise (E) et le CSSS de St-Jérôme comme site récepteur d'expertise (R). Si les résultats de ce projet pilote s'avèrent concluants, d'autres sites de la région seront également inclus.

Par ailleurs, des projets de « téléadaptation » sont déjà en place dans les centres de réadaptation en déficience physique et il serait intéressant de voir comment des projets spécifiques à la traumatologie pourraient être implantés, afin d'améliorer l'utilisation actuelle de la téléadaptation.

17. FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Le réseau intégré de traumatologie des Laurentides doit reposer sur les assises solides d'un personnel compétent.

La formation des ressources humaines et le maintien des compétences sont à la base d'une intervention de qualité. Le but de la formation et du maintien des compétences des ressources est de :

- Rendre la personne compétente dans l'exercice de ses fonctions;
- Favoriser l'intégration de la personne à la vie professionnelle;
- Favoriser l'acquisition de connaissances spécialisées;
- Permettre à la personne de développer son autonomie, de développer son sens de l'initiative, sa capacité d'adaptation, son sens critique et son sens des responsabilités.

Bien que la région n'ait pas créé de comité spécifique pour la formation et le développement des compétences, des activités régionales ont eu lieu au cours des dernières années : colloque organisé par le CSSS de Saint-Jérôme en mai 2008, ainsi que le colloque du bébé secoué organisé par le CRDP Le Bouclier en octobre 2008. De plus, par le biais du comité régional, tous les participants reçoivent les informations des colloques ou formations organisés ailleurs au Québec, au Canada et même aux États-Unis.

Il est à noter que le Programme de traumatologie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le programme de trauma du CHU Ste-Justine organisent une série de téléconférences sur divers sujets. Plusieurs visioconférences seront disponibles au personnel oeuvrant au sein du programme.

Finalement, des programmes définis de formation obligatoires ont été mis en place pour les partenaires de réadaptation des consortiums adultes et enfants.

CONCLUSION

Les assises d'un système intégré de traumatologie dans notre région sont bien présentes. Les actions du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires s'inscrivent dans un changement de paradigme axé davantage sur les besoins de la population, la qualité des services, une imputabilité accrue des instances et des intervenants, ainsi que l'atteinte de résultats.

La transformation de l'architecture du système de santé et des services sociaux au Québec implique un encadrement renouvelé, une structure organisationnelle clairement définie et des systèmes d'information appropriés. Le dernier élément est d'autant plus important qu'il constitue une limite à noter dans une démarche d'obtention de données fiables aux fins d'analyse.

Ce plan régional de traumatologie s'appuie sur une vision d'ensemble et sur une série de mesures structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population victime de traumatisme. Il s'appuie également sur un partenariat engagé et intéressé de ses divers intervenants.

PLAN D'ACTION

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
MÉCANISMES DE CONCERTATION				
1	Nommer un répondant qui siègera au comité provincial, régional et aux différents comités locaux de traumatologie.	Nomination du répondant	L'Agence	fait
2	Maintenir le comité régional en opération.	4 rencontres annuelles	L'Agence en collaboration avec les instances concernées	en continu
3	Maintenir le comité de traumatologie local en opération en fonction des secteurs de représentativité.	4 rencontres annuelles	Les centres désignés	en continu
SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION (Maillons 1 à 3)				
4	Poursuivre la distribution de la trousse de prévention des blessures chez les enfants dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables.	Nombre de trousses distribuées par année (devrait se situer entre 300 et 400 trousses/an)	La Direction de santé publique en collaboration avec les CSSS	Suivi annuel des indicateurs (août)
5	Poursuivre le déploiement du Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) destiné aux personnes âgées à risque de chutes.	Nombre de participants à P.I.E.D. par CSSS (variable en fonction de chaque CSSS)	La Direction de santé publique en collaboration avec les CSSS	Suivi annuel des indicateurs (juin)
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE				
6	Poursuivre la réalisation de la mise en place du CCS pour les régions des Laurentides et de Lanaudière en respectant les normes d'implantation dictées par le ministre.	La mise en place d'un centre de communication Laurentides-Lanaudière	Les Agences des Laurentides et de Lanaudière	2009-2010

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	Fournir les systèmes technologiques adéquats à la bonne marche d'un CCS et à la gestion de la flotte préhospitalière.			
7	Favoriser le développement de nouveaux services de premiers répondants et consolider les services déjà en fonction.		L'Agence des Laurentides	en continu
8	Prévoir l'application du nouveau programme de maintien des compétences des services de premiers répondants développé par le ministère.	Le nombre de premiers répondants formés	L'Agence des Laurentides	en continu
9	Poursuivre, la formation pour l'ensemble des TAP de la région et s'assurer que la destination du patient soit la bonne.	Révision systématique du choix du CH via le logiciel d'assurance qualité	L'Agences des Laurentides	en continu
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE				
10	Produire un programme et recueil de procédures sur le site WEB Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST).	Procéduriers à jour	Les centres de traumatologie de la région	en continu
11	Stabiliser les équipes médicales		L'Agence des Laurentides en collaboration avec les partenaires	en continu
PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE				
12	Établir des liens plus étroits avec les CSSS Mission CLSC visant le développement d'entente au soutien et à l'intégration de la clientèle.		Les CSSS	En continu

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
13	Réviser le protocole d'entente concernant les blessés médullaires en vigueur jusqu'en octobre 2009.		L'Agence des Laurentides avec le comité interrégional	2009-2010
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL				
14	Mettre à jour les plans d'action 2008-2011 pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave, ainsi que celui pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave.		L'Agence des Laurentides en collaboration avec les partenaires	2008-2011
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL LÉGER				
15	Mettre en place une organisation de services pour la clientèle TCCL selon les orientations du MSSS.	Plan d'organisation régional TCCL	L'Agence des Laurentides	Automne 2010
PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES				
16	S'assurer de la signature d'un protocole d'entente interrégional pour la clientèle ayant des brûlures graves.		L'Agence des Laurentides	À venir

ANNEXE 1 – PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS MAJEURS VERS LE CH APPROPRIÉ

BUT DE LA PROCÉDURE :

- Diminuer la mortalité et la morbidité des traumatisés majeurs dans la région des Laurentides en dirigeant et transportant ces patients directement au CH receveur le plus approprié.

DÉFINITIONS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PROCÉDURE :

TRAUMATISÉ MINEUR :

Victime de traumatismes dont :

- L'IPT est ≤ 3 **ET** qu'il ne s'agit pas d'un traumatisme à haute vitesse

TRAUMATISÉ MAJEUR : (anciennement appelé traumatisé à risque)

Victime de traumatismes dont :

- L'indice préhospitalier pour traumatisme (IPT) ≥ 4
ou
- L'indice préhospitalier pour traumatisme (IPT) est entre 0 et 3 et qu'il y a évidence d'impact à haute vitesse

PRINCIPE DU « GOLDEN HOUR » :

Intervalle entre le moment de l'impact et l'arrivée du patient à des soins définitifs (ex. : salle d'opération). Le taux de survie des patients chute de façon continue si cet intervalle s'allonge.

CHOIX DU CH RECEVEUR

Le choix du centre hospitalier receveur doit se faire par le technicien ambulancier sur la scène avant de quitter vers le CH. L'IPT doit être calculé sur place pour pouvoir faire cette détermination.

DÉTRESSE :

- Les patients en détresse selon l'IPT sont définis comme suit :
 - Pouls : < 51/min;
 - TA : < 74 ou absence de pouls radial;
 - Respiration : < 8.
- Ces patients doivent être transportés au CH le plus près, qu'il fasse partie ou non du réseau de traumatologie.

Cependant, pour les patients avec une cote de 5 pour la respiration, mais qui est combitubé, ceci constitue une exception et le patient pourra être transporté au centre de traumatologie. Autrement, ces patients doivent être transportés au CH le plus près.

TRAUMATISÉS MINEURS :

Ces patients doivent être transportés au CH le plus près ou selon les règles du SPU, qu'il fasse partie ou non du réseau de traumatologie.

TRAUMATISÉS MAJEURS :

Ces patients doivent être transportés à un CH faisant partie du réseau de traumatologie en respectant les règles suivantes :

- Si un seul CH est situé à < de 30 minutes de transport, le transport s'effectue vers cet établissement;
- Si plusieurs CH sont situés à < de 30 minutes de transport, le transport s'effectue au CH qui offre le plus haut niveau de soins;
- Si deux (2) CH se situent à égale distance (mesuré en temps et non en km), le transport s'effectue vers le CH situé au sud.

DÉSIGNATION DES NIVEAUX DE SOINS EN TRAUMATOLOGIE DES CENTRES HOSPITALIERS

RÉGION DES LAURENTIDES ET LES ENVIRONS

LAURENTIDES :

- | | | |
|------|---|------------------------------|
| 1. A | CSSS d'Antoine-Labelle – Mont-Laurier | Primaire |
| 1. B | CSSS d'Antoine-Labelle – L'Annonciation | Hors réseau de traumatologie |
| 2. | CSSS Des Sommets | Primaire |
| 3. | CSSS de Saint-Jérôme | Secondaire |
| 4. | CSSS d'Argenteuil | Hors réseau de traumatologie |
| 5. | CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes | Secondaire |

HORS-RÉGION :

- | | | |
|----|-----------------------------------|---|
| 6. | Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | Tertiaire |
| 7. | CH général de Hawkesbury | Hors province – centre de stabilisation |

NIVEAUX DE DÉSIGNATION (en bref)

- | | | |
|----|----------------------------------|--|
| A. | Centre de stabilisation médicale | Salle d'urgence sans chirurgie/anesthésie |
| B. | Primaire | Salle d'urgence avec chirurgie et anesthésie sur place dans les 30 minutes |
| C. | Secondaire | Salle d'urgence avec chirurgie, orthopédie et anesthésie sur place dans les 30 minutes |
| D. | Tertiaire | Salle d'urgence avec toutes les spécialités qui touchent la traumatologie (ex. : neurochirurgie) |

PROCÉDURE DE COMMUNICATION

Le technicien ambulancier doit ***obligatoirement*** aviser le CH receveur quand il s'y dirige avec un traumatisé majeur (IPT ≥ 4 ou évidence d'impact à haute vitesse) ou en détresse (ACR, pouls < 51 , T.A. sys. < 74 ou détresse respiratoire) ou qu'il se dirige vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Le technicien ambulancier doit transmettre au CH ***toutes*** les informations suivantes :

- Âge et sexe de la victime;
- Cinétique de l'accident (en bref);
- **I.P.T.**;
- Pouls, rythme respiratoire, T.A., état de conscience (A-V-P-U);
- Présence de blessures pénétrantes centrales ou douleur abdominale;
- Heure prévue d'arrivée au CH.

Selon les différents territoires, cette procédure se traduit comme suit :

Pour les patients pris en charge dans les bassins de desserte des CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, CSSS de Saint-Jérôme et CSSS d'Argenteuil :

- Les traumatisés mineurs (IPT de 0 à 3 et aucune évidence d'impact à haute vitesse) devront être transportés selon les procédures habituelles **incluant le CSSS d'Argenteuil et le CH Hawkesbury.**
- Les traumatisés en *détresse* (ACR ou pouls < 51 ou T.A. sys < 74 ou détresse respiratoire) doivent toujours être transportés au CH le plus près **incluant le CSSS d'Argenteuil et le CH Hawkesbury.**
- Les traumatisés **majeurs** (IPT 4 et plus ou évidence d'impact à haute vitesse) sans détresse pris en charge :
 - Entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes devront être transportés au CH le plus près;
 - Entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS d'Argenteuil devront être transportés vers le CSSS de Saint-Jérôme;
 - Entre le CSSS d'Argenteuil et le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes devront être transportés vers le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes;
 - Entre le CSSS d'Argenteuil et le village de Grenville (intersection 148 et 344) vers le CSSS de Saint-Jérôme;
 - Dans le village de Grenville et au Nord ouest de Grenville et dont le transport les amène à transiter par le village de Grenville (ceci exclut donc les patients pris en charge à l'ouest de Grenville qui transitent par la 327), devront être transportés vers CH Hawkesbury.

Selon les différents territoires, cette procédure se traduit comme suit (suite) :

Pour les patients pris en charge dans les bassins de desserte du CSSS Des Sommets et du CSSS d'Antoine-Labelle :

- ❑ Les traumatisés mineurs (IPT de 0 à 3 et aucune évidence d'impact à haute vitesse) devront être transportés selon les procédures habituelles;
- ❑ Les traumatisés *en détresse* (ACR ou pouls < 51 T.A. sys < 74 ou détresse respiratoire) doivent toujours être transportés au CH le plus près, **incluant le centre de l'Annonciation du CSSS d'Antoine-Labelle;**
- ❑ Les traumatisés **majeurs** (IPT 4 et plus ou évidence d'impact à haute vitesse) sans détresse pris en charge :
 - Entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS Des Sommets devront être transportés au CSSS de Saint-Jérôme;
 - Entre le CSSS Des Sommets et le Centre de l'Annonciation du CSSS d'Antoine-Labelle vers le CSSS Des Sommets;
 - Entre le Centre de l'Annonciation et le Centre Mont-Laurier vers Mont-Laurier.

Dans tous les cas de traumatisés majeurs, en détresse ou que le centre de destination soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le centre hospitalier receveur doit être obligatoirement avisé.

Note :

CSSS de Saint-Jérôme	=	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	=	Centre hospitalier Saint-Eustache
CSSS Des Sommets	=	Centre hospitalier Laurentien
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	=	Hôpital Sacré-Cœur

2006-06-05

ORIENTATION DES TRAUMATISÉS
À L'HÔPITAL SACRÉ-CŒUR

- Adulte avec I.P.T. ≥ 4

sans

ACR, pouls < 51 , T.A. sys. < 74 ou
détresse respiratoire

et

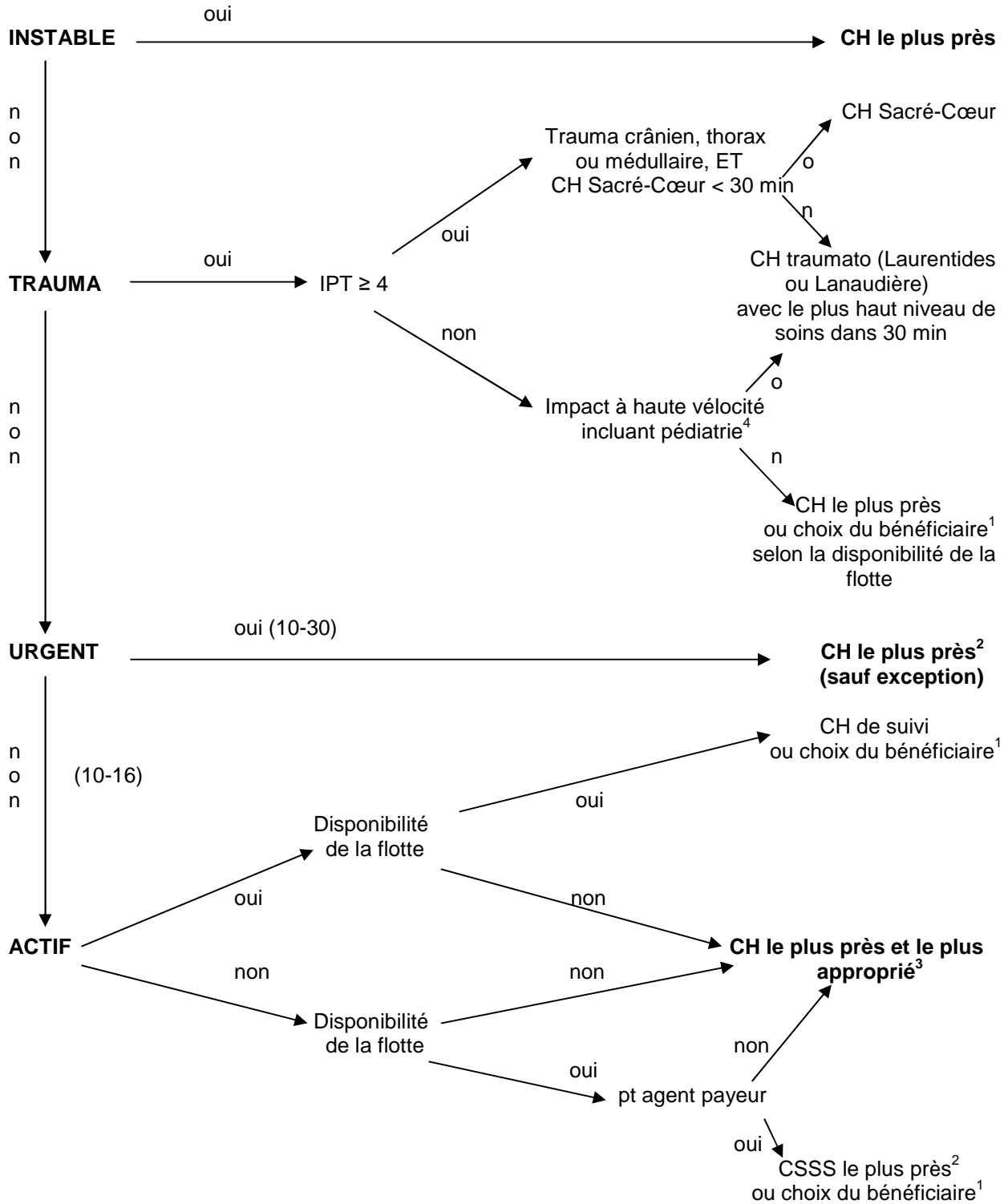
- Traumatisme crânien significatif (incl. inconscience)
ou
- Traumatisme thoracique
ou
- Traumatisme médullaire (paralysie)

et

- À moins de trente (30) minutes de transport

Note : Les victimes en ACR ou en détresse doivent toujours être transportées au CSSS le plus près.

ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRES



NOTES :

1. Sur les territoires des Laurentides, Lanaudière ou Montréal/Laval. S'il s'agit d'un transport autre qu'un trauma vers le CH Sacré-Cœur ou d'un patient en détresse, il faut demander une autorisation à Urgences-Santé avant de se diriger vers un CH de Montréal/Laval.

Les termes **INSTABILITÉ** et **URGENT** réfèrent aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers.

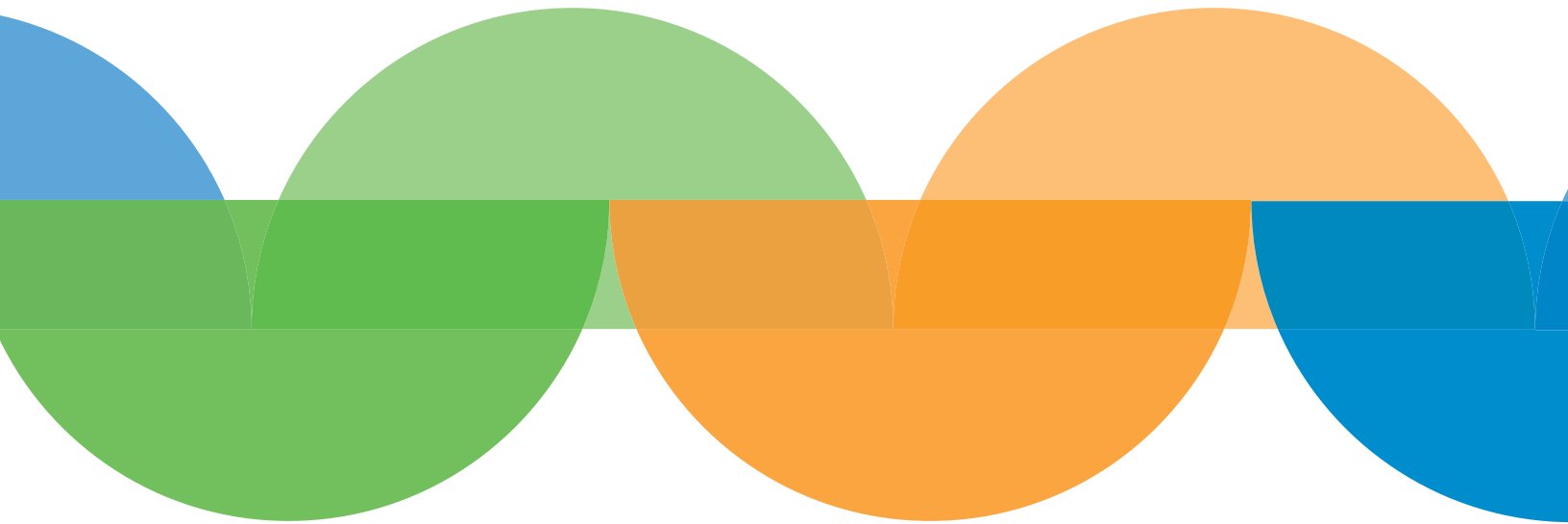
Tout transport primaire se doit d'être autorisé préalablement par le répartiteur.

2. Le concept du CH le plus près réfère au temps de transport.
3. Le concept du CH le plus près et le plus approprié réfère à la « Procédure de transport des bénéficiaires multirégionale » et est défini comme suit :

L'établissement le plus rapproché et approprié doit être déterminé à partir des critères suivants, et ce, même si cet établissement n'est pas situé dans la même région administrative que la région de prise en charge. **Les critères suivants doivent être évalués de façon concomitante :**

- ❑ Nature et urgence de la pathologie versus vocation d'établissement;
- ❑ Lieu de prise en charge et distance à parcourir, en fonction de la disponibilité des ressources ambulancières au moment du transport;
- ❑ Antécédents pertinents, ce qui signifie que le patient est ou a été, au cours des 12 derniers mois, admis à un centre hospitalier ou suivi par un médecin affilié à un centre hospitalier pour le même problème (ceci inclut les parturientes de plus de 20 semaines) = ACTIF.

4. Aucun transport primaire ne doit être effectué vers les centres tertiaires de pédiatrie de Montréal



1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 432-8712

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

Québec 