



Plan directeur régional
en traumatologie

Région des Laurentides

2015

-

2020

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.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

978-2-89547-239-1 (PDF)

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

COORDINATION ET RÉDACTION

Monsieur Marco Blanchet, coordonnateur à la direction des programmes clientèles

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Madame Hélène Laflamme, APPR, déficience physique à la Direction des programmes clientèles, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides tient à remercier les membres du comité régional de traumatologie pour leur participation à l'élaboration de ce présent document.

CONSULTATION

Comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (24 février 2015)

Comité de coordination réseau – santé physique (26 février 2015)

Comité de coordination réseau – déficience physique (26 février 2015)

Comité régional en traumatologie (18 mars 2015)

Commission multidisciplinaire régionale (CMR) (25 février 2015)

RÉVISION DU TEXTE

Madame Claire Séguin, agente administrative

Madame Marie-Andrée Lauzon, agente administrative

ADOPTION

Comité de gestion de réseau régional (CGR) (27 février 2015)

DÉPÔT

Déposé au MSSS le 31 mars 2015

Déposé à l'INESSS le 31 mars 2015

TABLE DES MATIÈRES

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	10
5.1	VOLET HOSPITALIER	10
5.1.1	Les obligations réciproques entre les parties désignées, quel que soit l'établissement	11
5.2	VOLET RÉADAPTATION	12
6.	LA RÉGION DES LAURENTIDES : SON TERRITOIRE ET SA POPULATION.....	13
6.1	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ANTOINE-LABELLE	15
6.2	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES LAURENTIDES	16
6.3	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES PAYS-D'EN-HAUT.....	16
6.4	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ARGENTEUIL	17
6.5	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RIVIÈRE-DU-NORD - MIRABEL NORD.....	17
6.6	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	18
6.7	LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE.....	18
7.	INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES	19
8.	MÉCANISMES DE CONCERTATION	26
8.1	LE COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE	26
8.2	LE COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE.....	26
8.3	LES COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE.....	27
8.3.1	Les principaux rôles et responsabilités des comités locaux en traumatologie.....	28
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	32
10.	SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION (MAILLON 1).....	34
10.1	CONSTAT	34
10.2	PRÉVENTION DES BLESSURES ET AUTRES TRAUMATISMES À DOMICILE (MAILLON 2) ..	35
10.3	PRÉVENTION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ ET DE LA MALTRAITANCE INFANTILE ..	36
10.4	PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE	38
10.4.1	Activités de promotion et déploiement du programme : Réseau Viactive et Groupes de plein air (Kino-Québec)	38
10.4.2	Activités de prévention : Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.).....	39

10.5	PRÉVENTION DES TRAUMATISMES INTENTIONNELS : SUICIDE.....	41
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)	45
11.4	LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS (MAILLON 6).....	46
11.4.1	La réponse ambulancière	46
11.4.2	Le transport des victimes de traumatismes majeurs	46
11.4.3	Les soins ambulanciers aux traumatisés majeurs	47
12.	SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	48
12.1	MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE SERVICES LOCAUX.....	48
12.2	LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (MAILLONS 7 À 10).....	48
12.3	LA CLIENTÈLE DE REVASCULARISATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE	49
13.	SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS.....	52
13.1	ÉTABLISSEMENTS SUPRARÉGIONAUX (MAILLON 12)	52
13.2	ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL (MAILLON 13).....	52
14.	SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE (MAILLON 14).....	55
15.	LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES	56
15.1	LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE	56
15.2	LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL.....	57
15.2.1	Les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère	57
15.2.2	Les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère	58
15.2.3	Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger	59
15.3	LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES	60
15.4	LES BLESSÉS ORTHOPÉDIQUES GRAVES (BOG).....	60
15.5	VARMU (Victime d'une amputation traumatique nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence)	61
16.	CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE.....	61
17.	FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES.....	61
	CONCLUSION	63
	PLAN D'ACTION	64
	ANNEXES.....	68
	ANNEXE 1 – PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS MAJEURS VERS LE CH APPROPRIÉ.....	69
	ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRES EN TRAUMATOLOGIE	75
	ANNEXE 3 – PLAN D'ACTION 2014-2020 CONSORTIUM LAURENTIDES POUR LES PERSONNES ADULTES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU GRAVE	77
	ANNEXE 4 - PLAN D'ACTION 2014-2020 CONSORTIUM LAURENTIDES POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS AYANT SUIVI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU GRAVE	82
	ANNEXE 5 – PLAN D'IMPLANTATION 2015-2020 ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER	86

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Déclaration de transport des usagers
ATLS	Advance Trauma Life Support
BM	Blessé médullaire
BOG	Blessé orthopédique grave
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
CCS-LL	Centre de communication santé 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
DEA	Défibrillateur externe automatisé
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
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
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
SBS	Syndrome du bébé secoué
SMPAU	Système médicalisé de priorisation des appels urgents
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TCC	Traumatisé craniocérébral
TCCL	Traumatisé craniocérébral léger
TCCMG	Traumatisé craniocérébral modéré ou grave
TNI	Traumatisme non intentionnel
TGC	Trouble grave du comportement
TNCC	Trauma Nursing Core Course
VARMU	Victime d'une amputation traumatique nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence
VBG	Victime de brûlures graves
VTT	Véhicule tout terrain

INTRODUCTION

NOTE AUX LECTEURS : Ce document est préparé dans une perspective 2015-2020. Ce document nécessitera des ajustements lors de l'actualisation de la loi 10 et de ses décrets.

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 2015-2020 selon les besoins prioritaires du territoire. Ce plan est supporté par le document de référence du MSSS¹ et d'une correspondance de l'INESSS du 23 octobre 2012 demandant que le plan directeur régional en traumatologie devienne le document intégrateur de l'ensemble des activités de suivi et d'amélioration de la qualité du continuum de soins et services en traumatologie. De plus, ce plan est grandement inspiré du plan directeur régional en traumatologie de 2013-2015.

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.

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 inter établissements 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 14 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;
- ❑ Intégrer le continuum de services spécifiques à certaines clientèles particulières (TCCL, TCCMG, BM, VGB, VARMU).

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 inter établissements 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 de désignation. 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'INESSS 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'INESSS 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'INESSS;
- ❑ 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 :

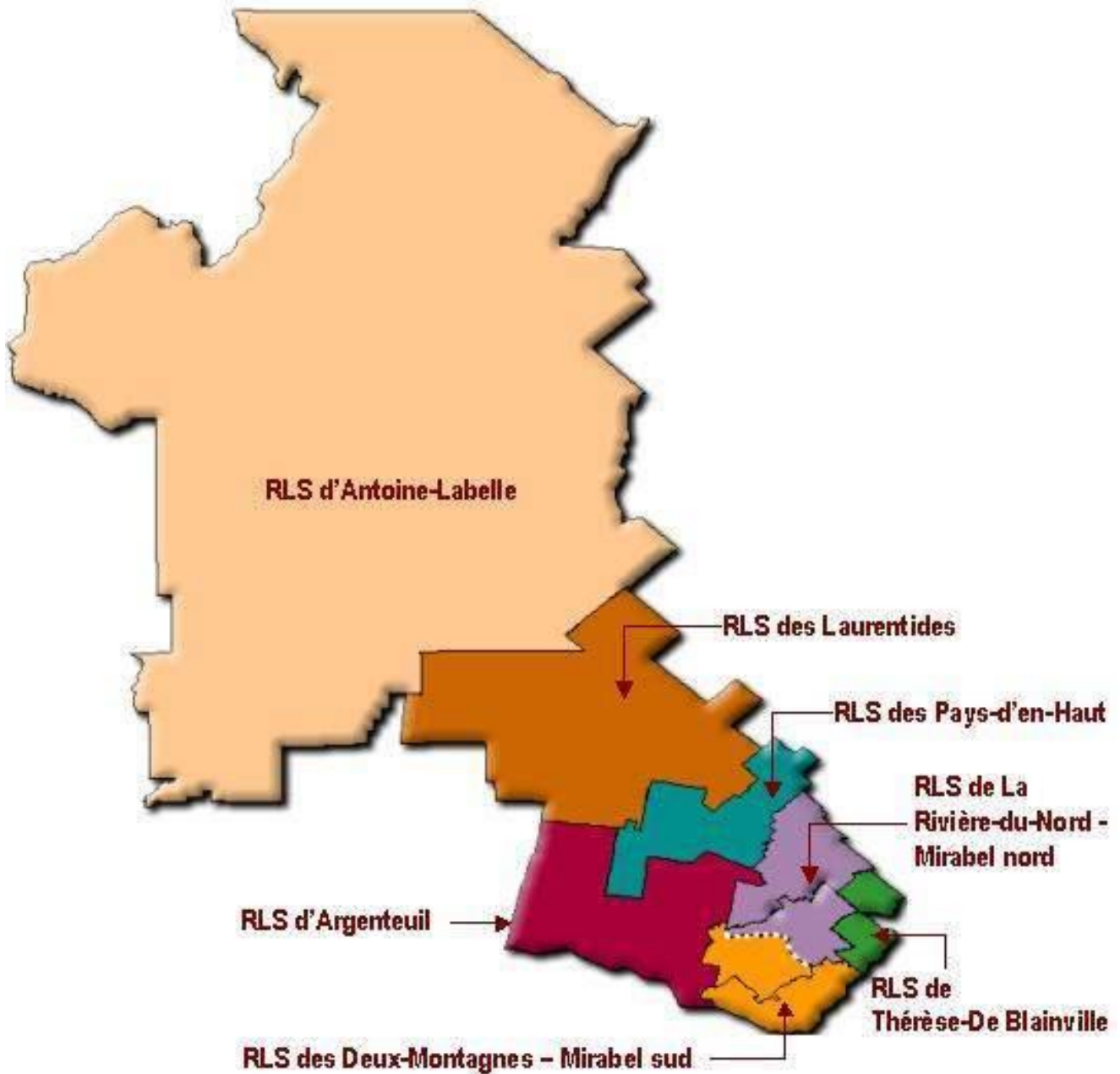
- La tenue d'un registre des traumatismes selon les normes du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux;
- Un mécanisme efficace de gestion des plaintes impliquant l'ensemble des intervenants concernés devrait être accessible afin de permettre le redressement d'une situation litigieuse 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

5.1 VOLET HOSPITALIER

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 sans neurotraumatologie).

Ce premier réseau d'établissements formé depuis 1992 a fait l'objet de visites d'évaluation en 1996, 1998, 2003, 2005 et 2014. 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.

2014 :

Suite à la visite de l'INESSS, 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.

Si l'ensemble des exigences matricielles sont rencontrées, un certificat de conformité sera remis à l'établissement.

5.1.1 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 supra régionalement, 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.

5.2 VOLET RÉADAPTATION

Le CRDP Le Bouclier est aussi assujéti au même processus de désignation. La dernière désignation a eu lieu en 2008.

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 592 452 habitants en 2015⁴. 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 concentrent 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 %).

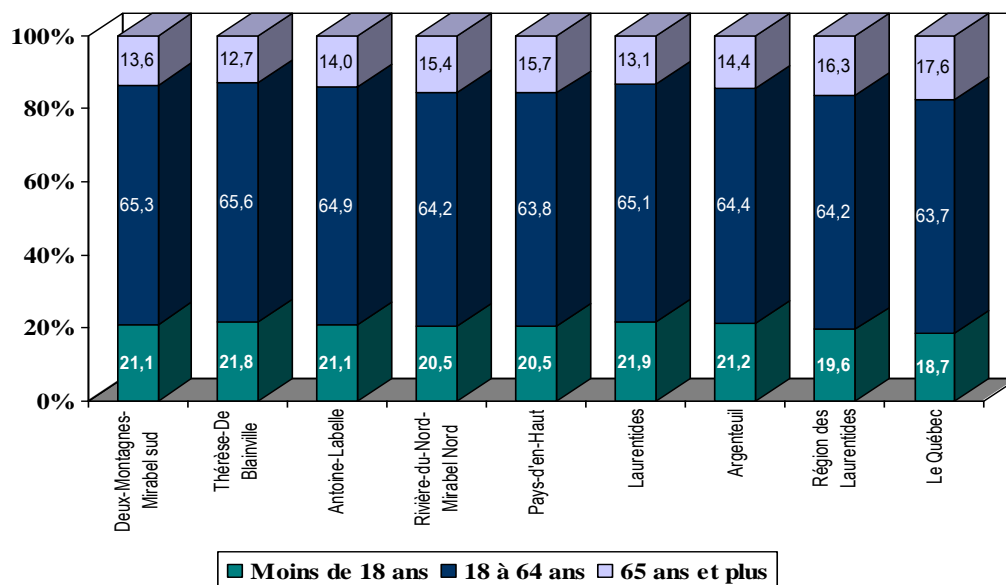
Un profil jeune, mais une population âgée qui devrait augmenter de plus de 50 % en 10 ans

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 2015 et 2025, la population âgée de 65 ans et plus augmentera de plus de 50 %; et on prévoit la même augmentation pour les 85 ans ou plus. 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, 2006-2031, édition 2010.

⁵ Pourcentage que représente la population saisonnière de 2007 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, 2015



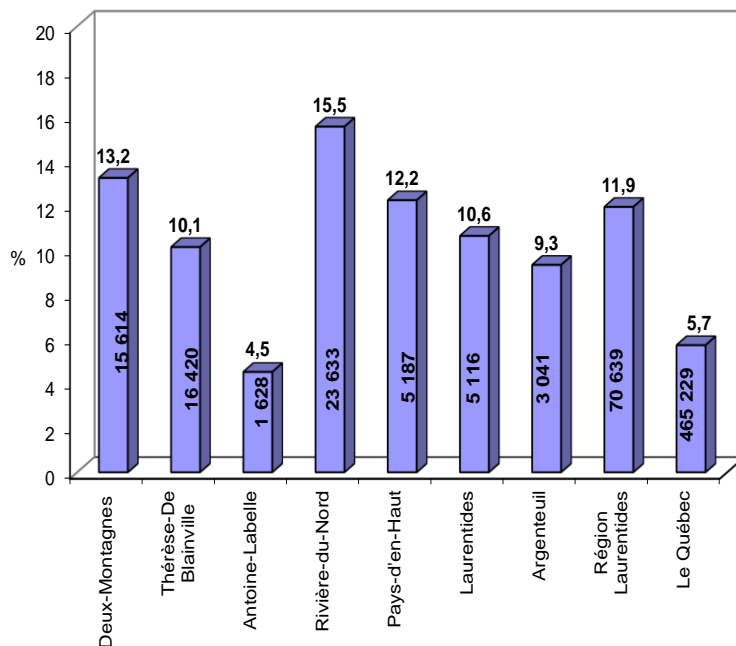
Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2006-2031, édition 2010

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 16 % de 2005 à 2015 et on s'attend à ce qu'il soit au-dessus de 11 % 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 15 à 24 ans présentent un solde migratoire négatif. 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. 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.

⁶ Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2006-2031, édition 2010.

Accroissement prévu de la population en pourcentage et en nombre entre 2015 et 2025 selon le territoire de réseau local de services, la région des Laurentides et le Québec, 2015-2025



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2006-2031, édition 2010

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 36 526 personnes en 2015, 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, 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 103,9 hommes pour 100 femmes, comparativement à 99,9 femmes pour 100 hommes 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 48 280 habitants en 2015. 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. Ces derniers sont désormais plus nombreux que les jeunes, avec 10 329 personnes de 65 ans et plus pour 7 660 personnes de moins de 18 ans. La population du territoire du RLS des Laurentides présente un profil plutôt âgé.

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 42 518 habitants en 2015. 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 30 à 44 ans et des enfants de 5 à 14 ans.

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 32 605 habitants en 2015. 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. En 2010-2011, on y retrouve un solde migratoire positif pour tous les groupes sauf les aînés de 70 à 79 ans. Les migrants adultes de 30 à 64 ans sont les plus nombreux.

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 152 606 habitants en 2015, 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. C'est de loin le territoire de la région qui accueille le plus de nouveaux résidents, avec un solde migratoire de 2 265 personnes en 2012-2013. Au cours des dernières années, celle-ci a largement été le fait de l'apport migratoire de jeunes adultes de 25 à 34 ans.

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 118 063 personnes en 2015, 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, 8 500 personnes âgées de plus

Entre 2015 et 2025, on prévoit que le nombre de jeunes d'âge scolaire (6 à 17 ans) augmentera d'environ 3 500 personnes et que celui des personnes de 65 ans et plus sera d'environ 53 %, ce qui correspond à environ 8 500 personnes de plus. En 2025, le territoire conservera toutefois un profil jeune comparé à 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 161 854 personnes en 2013. 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. On prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de façon importante au cours de la prochaine décennie. En fait, ce groupe devrait croître de presque 53% de 2015, ce qui se traduira par 11 000 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 SIRTQ (Système d'information du Registre des traumatismes du Québec) de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec). Veuillez noter que le cadre normatif a été modifié en avril 2010, ce qui explique l'augmentation du nombre de traumatismes et de chirurgies.*

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

Grâce au SIRTQ qui est alimenté, entre autres, par les établissements des Laurentides ayant un statut de centre de traumatologie primaire ou secondaire, il est possible de recenser de l'information sur les traumatismes de la région des Laurentides et d'en faire ressortir les données selon différentes variables.

En premier lieu, nous vous présentons les données globales tirées du SIRTQ sur une période de quatre années, soit de 2010-2011 à 2013-2014. Deuxièmement, nous vous présentons les données du SIRTQ relatives à l'année 2013-2014.

Inscriptions au SIRTQ 2010-2011 à 2013-2014

Le nombre de cas inscrits au SIRTQ pour la région des Laurentides est de 2 245 en 2010-2011 et 2 526 cas pour l'année 2013-2014, soit une variation de 12,5 % par rapport à 2010-2011. La durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence des patients traumatisés est passée de 20,7 heures pour 2010-2011 à 17 heures pour 2013-2014, pour une diminution de 3,7 heures. Pour ce qui est de la DMS des patients traumatisés admis, elle est plutôt stable passant de 8,1 jours en 2010-2011 à 8 jours en 2013-2014.

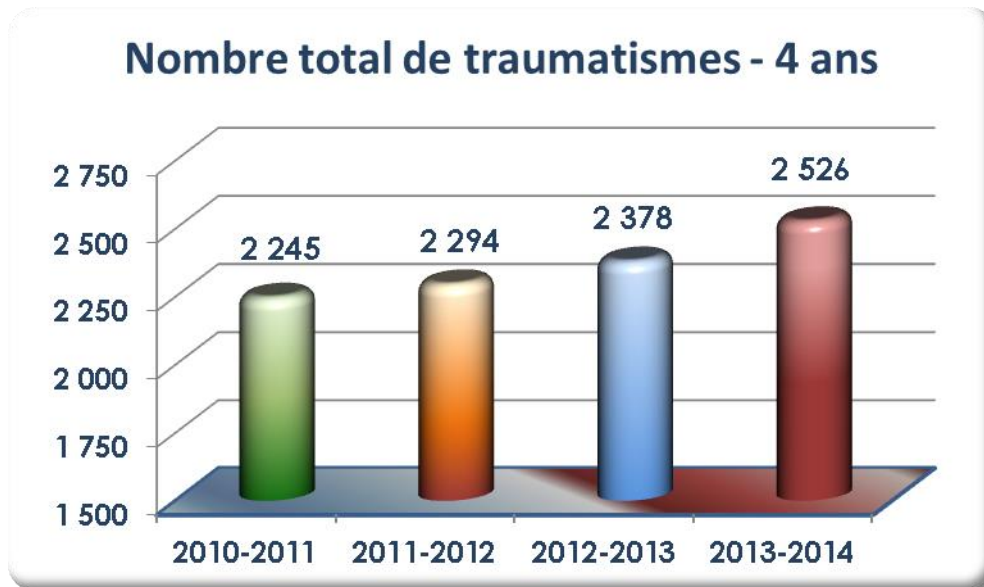
Le pourcentage de décès est passé de 6 % en 2010-2011 à 5 % en 2013-2014, et ce, malgré une augmentation de 12,5 % du nombre d'événements traumatiques. Malgré l'augmentation de 281 patients, le nombre de traumatismes ayant nécessité un passage en salle d'opération est plutôt resté stable passant de 1 417 cas en 2010-2011 à 1 410 cas en 2013-2014.

Ces statistiques démontrent que régionalement, il y a une diminution de la DMS des patients à l'urgence, une diminution des patients décédés et une stabilité des cas de traumatismes nécessitant une opération, et ce, malgré une augmentation des patients traumatisés.

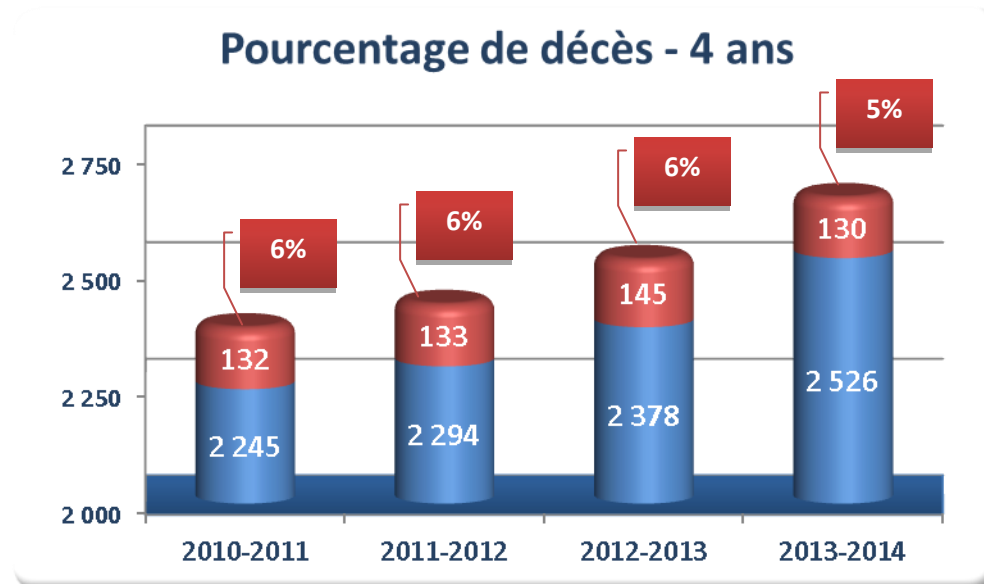
Région des Laurentides Nombre total d'événements traumatiques Selon la date de traumatisme - 4 ans

Année	Nombre de traumatisme	Nombre de décès	Pourcentage de décès	Nombre traité en salle d'opération
2010-2011	2 245	132	6%	1 417
2011-2012	2 294	133	6%	1 461
2012-2013	2 378	145	6%	1 404
2013-2014	2 526	130	5%	1 410

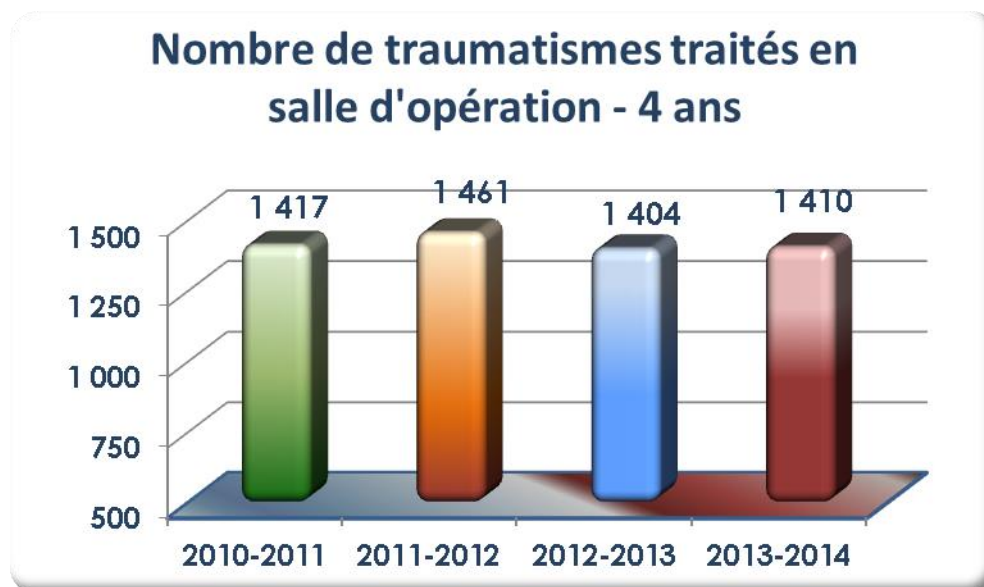
Répartition du nombre de traumatismes de 2010-2011 à 2013-2014



Pourcentage de décès de 2010-2011 à 2013-2014



Répartition du nombre de traumatismes traité en salle d'opération de 2010-2011 à 2013-2014



Détail des inscriptions au SIRTQ année 2013-2014

Dans cette section nous procéderons à l'analyse des données de la région des Laurentides selon différentes variables pour l'année 2013-2014.

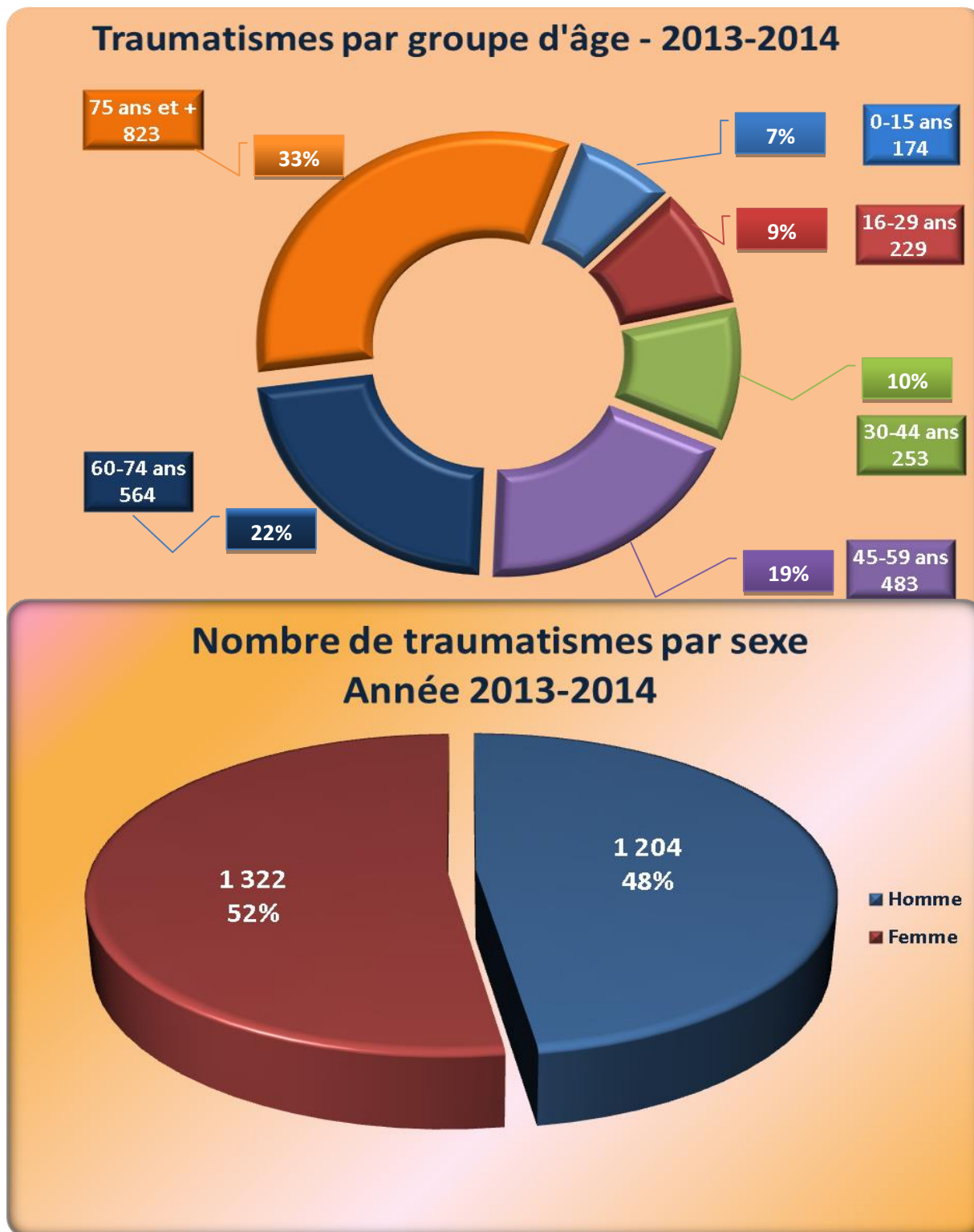
L'âge et les causes de traumatisme des victimes

Région des Laurentides

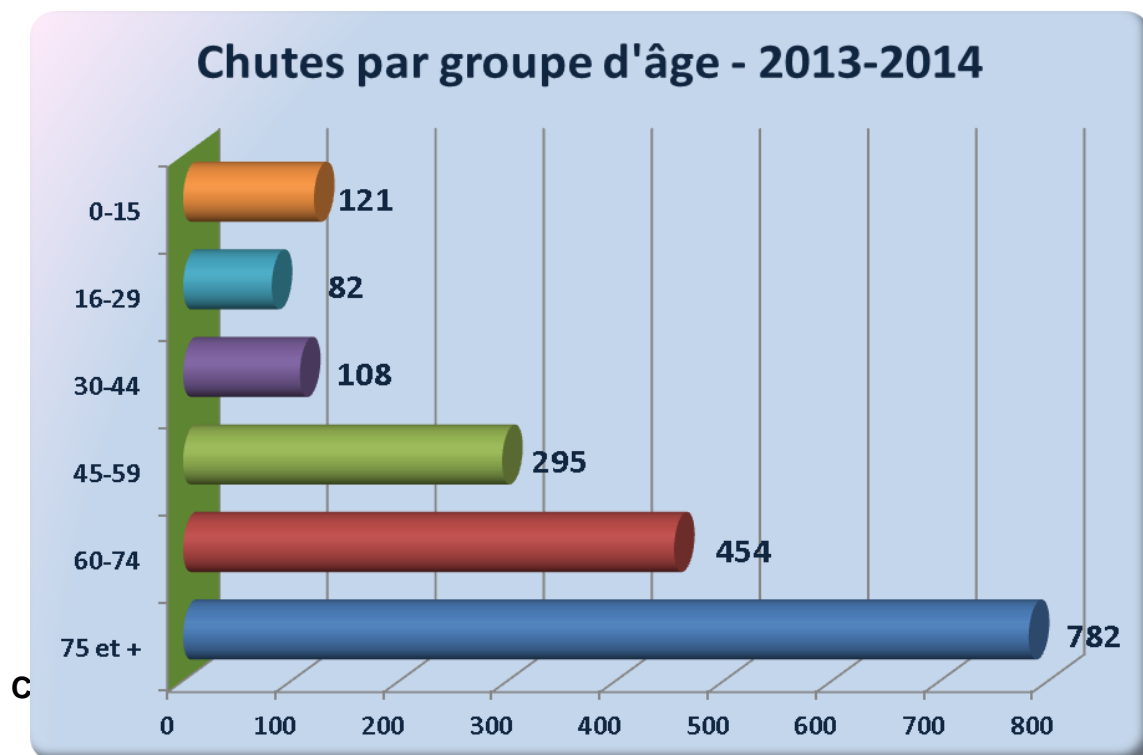
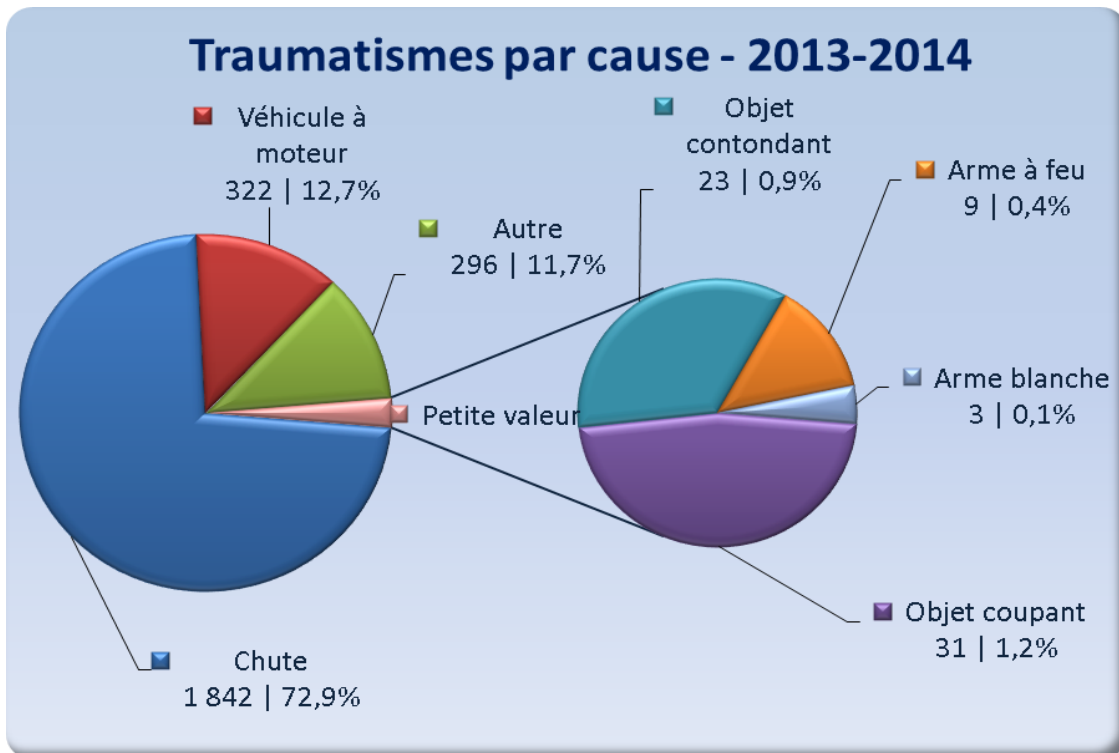
Nombre total d'évènements traumatiques par cause de traumatisme Selon la date de départ - Année 2013-2014

Cause de traumatisme	Total	Groupe d'âge						Âge moyen
		0-15	16-29	30-44	45-59	60-74	75 et +	
Chute	1 842	121	82	108	295	454	782	64,6
Véhicule à moteur	322	13	83	80	78	47	21	42,9
Autre	296	38	48	55	88	49	18	43,4
Objet coupant	31	1	8	4	11	7	0	44,8
Objet contondant	23	1	7	4	6	4	1	42,0
Arme à feu	9	0	1	1	3	3	1	56,0
Arme blanche	3	0	0	1	2	0	0	48,0
Total	2 526	174	229	253	483	564	823	58,8

Nous constatons qu'en 2013-2014 (comme le portrait de 2011-2012), les groupes d'âges les plus touchés par les traumatismes inscrits au SIRTQ sont les 60-74 ans et les 75 ans et plus avec un taux de 55 % des cas. Notons également que les traumatismes touchent la femme dans 52 % des cas et 48 % chez l'homme.



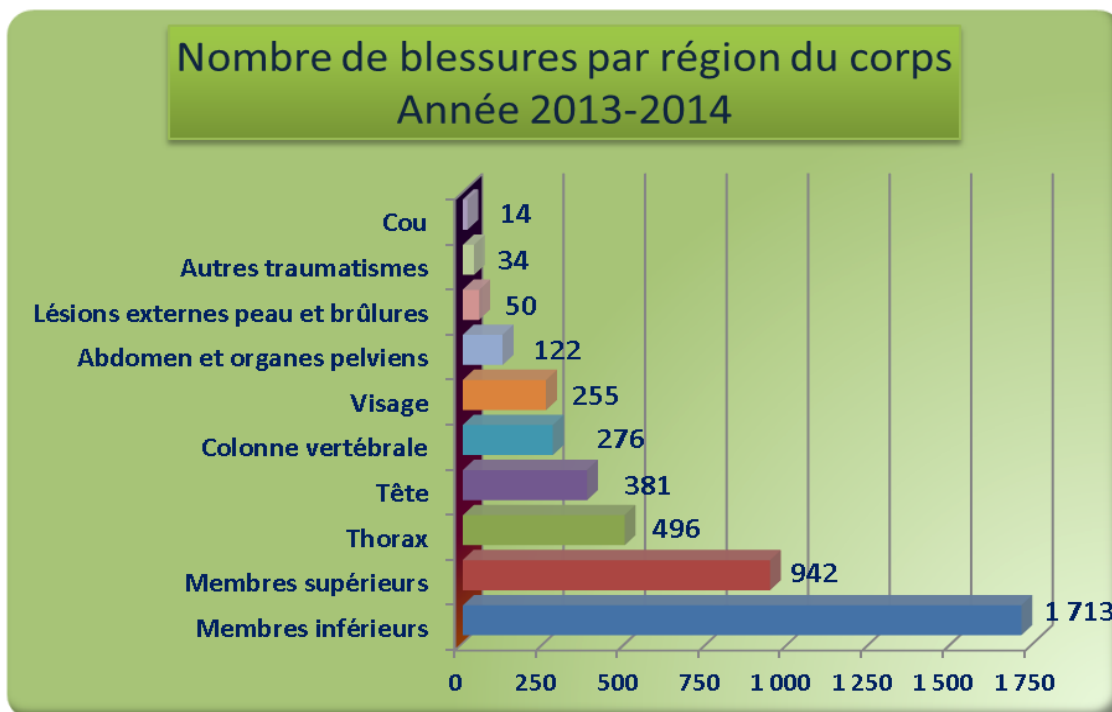
Les chutes (1 842) sont dans 73 % des cas, la cause des traumatismes. De ces 1 842 chutes, 782 sont la cause de traumatisme des 75 ans et plus, ce qui représente 42,5 % des chutes totales et 454 chutes pour les 60 – 74 ans, soit un peu plus de 24 % des chutes totales. Donc 67 % des traumatismes par chute sont attribuables aux personnes de 60 ans et plus. L'âge moyen des traumatismes par chute est de 64,6 ans.



En 2013-2014, de l'ensemble des blessures par région du corps, ce sont les traumatismes majeurs des extrémités que nous retrouvons en plus grand nombre sur notre territoire avec 62 % pour les membres inférieurs et supérieurs.

Région des Laurentides
Nombre de blessures par région du corps
Selon la date de départ - Année 2013-2014

Région du corps	Nombre de blessures	%
Membres inférieurs	1 713	40,0%
Membres supérieurs	942	22,0%
Thorax	496	11,6%
Tête	381	8,9%
Colonne vertébrale	276	6,4%
Visage	255	6,0%
Abdomen et organes pelviens	122	2,8%
Lésions externes peau et brûlures	50	1,2%
Autres traumatismes	34	0,8%
Cou	14	0,3%
Total	4 283	100%



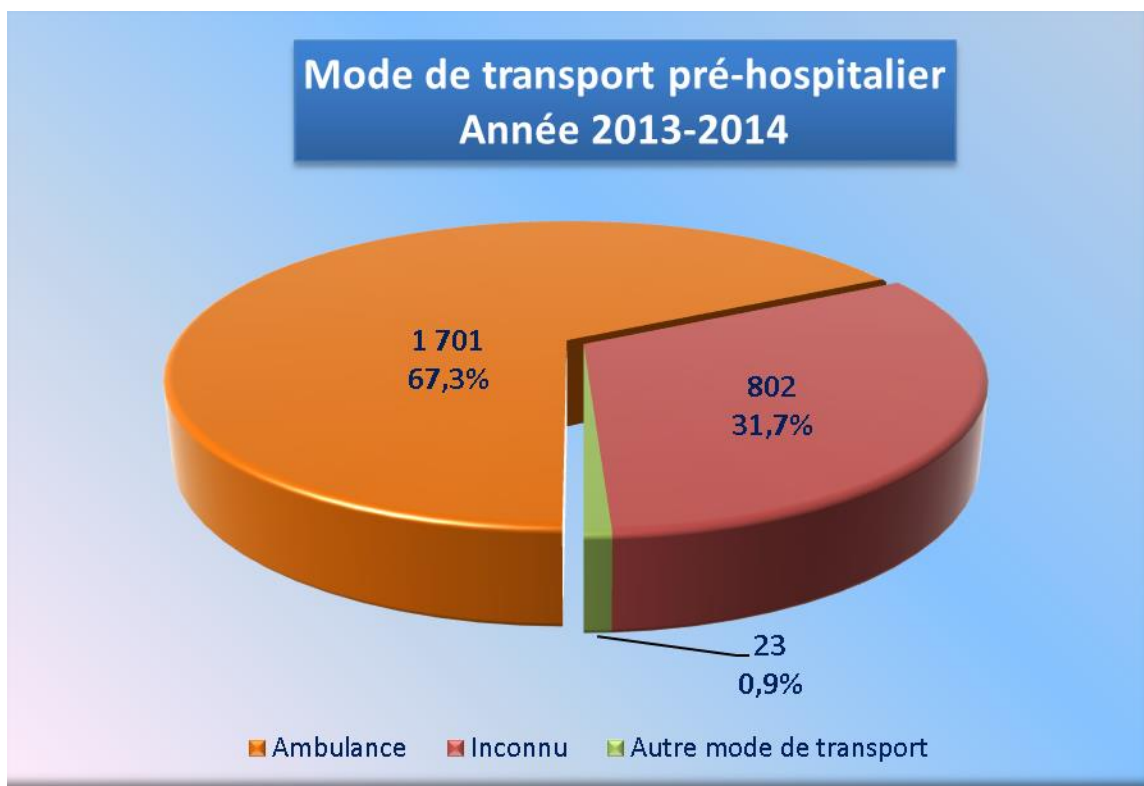
Mode de transport pré-hospitalier

En 2013-2014 on constate, selon le tableau suivant, que dans 67 % des cas le mode de transport pré-hospitalier est l'ambulance et dans 33 % des cas, différents modes de transport sont utilisés.

Région des Laurentides
Nombre total d'évènements traumatiques
par mode de transport
Selon la date de départ - 2013-2014

Mode de transport pré-hospitalier	Nombre total	%
Ambulance	1 701	67,3%
Inconnu	802	31,7%
Autre mode de transport	23	0,9%
Total	2 526	100,0%

Autre mode de transport :
Véhicule privé, À pied, Hélicoptère, Police, Transport adapté.



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 des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Il est consultatif au Comité de coordination réseau santé physique et ensuite au Comité de gestion du réseau. 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. Incluant l'organisme communautaire CAPTCHPL.

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.

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.

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 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.

Mesure 3

Que les centres désignés

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

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 du registre 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. 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 craniocérébraux. 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. En 2010 le MSSS et la SAAQ ont signé une entente pour le volet réadaptation départageant ainsi les rôles : organisateur de services MSSS et assuranciel SAAQ.

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.

En 2010 le MSSS et la SAAQ ont signé une entente pour le volet réadaptation départageant ainsi les rôles : organisateur de services MSSS et volet assuranciel SAAQ.

À partir de janvier 2009, en collaboration avec le MSSS, l'AETMIS a pour mandats principaux de poursuivre, actualiser et exécuter 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.

2008 : Les équipes de traumatologie volet santé physique de la SAAQ et les présidences des groupes-conseil se retrouvent successivement à l'AETMIS qui se transforme par la suite en INESSS. Cette nouvelle équipe regroupant les volets santé physique et réadaptation est maintenant responsables du mandat d'amélioration continue et la qualité des soins aux traumatisés pour les 14 maillons du CST. En 2012, l'équipe de traumatologie de l'INESSS avec l'appui de l'équipe de chercheurs de l'Hôpital enfant-Jésus développe des indicateurs de qualité pour les structures, les processus et les résultats en traumatologie. Le 4e cycle des visites a lieu en 2013 pour supporter les établissements dans leur analyse des indicateurs et dans leur démarche d'amélioration de la qualité

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. En 2012, suite à de nouvelles études, le taux de mortalité, quel que soit le niveau de gravité est maintenant de 4,2%.

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'INESSS 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'INESSS 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. En 2015, un nouveau guide de triage basé sur celui de CDC-ACSCOT sera implanté graduellement dans toutes les régions du Québec et remplacera l'IPT.

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 et aux blessés médullaires 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.



Le Continuum de services en traumatologie c'est :



6

Québec



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)



Objectif du programme

L'objectif principal est d'intégrer des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade. Ces activités comprennent des 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 (SIPPE)*.

Clientèle visée

- Enfants;
- Adultes.

État de situation

Une trousse de prévention des blessures chez les enfants est remise à toutes les familles suivies dans le cadre des SIPPE. Cette trousse est remise par un intervenant lors de visites à domicile et s'inscrit dans un « counseling » 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 clientèles vulnérables.

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

Des infirmières de CSSS visitent aussi des organismes communautaires « familles » de leur territoire pour offrir des ateliers sur la prévention des blessures chez les enfants.

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 :

- Diffuser aux CSSS la mise à jour des éléments qui doivent constituer la trousse de prévention;
- Vérifier les besoins de mise à jour des connaissances des intervenants de CSSS et des organismes communautaires et offrir la formation nécessaire.

CSSS ,

- Distribuer la trousse et offrir un “counselling” sur la prévention des blessures aux familles suivies dans le cadre des *SIPPE*.

10.3 PRÉVENTION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ ET DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

Objectif du programme

L'objectif principal est de protéger les jeunes enfants, de même qu'à soutenir les adultes qui sont responsables et les professionnels qui interviennent auprès de ceux-ci. Le but ultime du projet est de réduire la maltraitance infantile au Québec. Ce programme vise à : 1) améliorer les connaissances des parents et favoriser le recours à des stratégies d'adaptation quant aux pleurs du nourrisson; 2) améliorer les connaissances des parents et favoriser le recours à des stratégies d'adaptation face à la gestion de la colère; 3) améliorer les connaissances des parents sur les dangers de secouer un bébé. Cette sensibilisation s'adresse à tous les parents ayant un nouveau-né *incluant la clientèle vulnérable (SIPPE)*.

Clientèle visée

- Enfants;
- Tous les parents ou conjoints

État de situation

Le syndrome du bébé secoué (SBS) survient lorsqu'un nourrisson ou un jeune enfant tenu par le tronc, les épaules ou les extrémités est secoué violemment, La personne responsable du geste est habituellement l'un des deux parents ou conjoint (e) ou le (la) gardienne. Ces conséquences désastreuses expliquent qu'environ 40 % de ces petites victimes du syndrome du bébé secoué requièrent l'intervention ponctuelle ou suivie de plusieurs spécialistes (neurologue, neurochirurgien, ophtalmologiste) et d'une équipe de soutien en réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, etc.), parfois durant le reste de leur vie. Des fiches d'information sur les pleurs, la colère, le SBS sont remises aux parents avant le départ pour la maison. Ils sont alors invités à formuler par écrit un plan d'action en vue de faire face aux pleurs incessants de leur enfant s'ils survenaient. Par la suite, un rappel sera fait en postnatal à domicile selon le programme de prévention et ainsi les intervenants formés pour le soutien à domicile via le CLSC pourront également faire cette prévention et dépistage. Les intervenants œuvrant auprès des familles, tant des CSSS suite à la naissance avant le départ pour le retour à domicile ainsi que tant par le CLSC pourront agir à titre préventif.

Mesure 5

Que les CSSS

Poursuivre la distribution du matériel éducatif de prévention du syndrome du bébé secoué;

S'assure que la formation est dispensée aux intervenants concernés œuvrant auprès des familles, et ce, dans les phases visées du programme.

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

ASSS ,

- Diffuser et informer les CSSS du programme de prévention du SBS ainsi que des mises à jour;
- Planifier et organiser la formation selon les phases prévues par le programme offert par le MSSS.

CSSS ,

- Former le personnel et s'assurer d'avoir le matériel éducatif afin de faire la prévention auprès des parents;
- Assurer l'implantation et la mise en œuvre des intervenants en prévention du SBS;
- Désigner un agent multiplicateur en CH, maison de naissance et responsable en CLSC auprès des intervenants;
- Collaborer au suivi et à l'évaluation du programme;

10.4 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂNÉS 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.

À l'instar de la société québécoise, la région des Laurentides assiste au phénomène de vieillissement de sa population. Cependant, les projections 2015-2020 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 23 % comparativement à 17,6 % 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 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 4,6/100 000; Québec 5,0/100 000; 2007-2011)¹⁰, et un taux ajusté de morbidité hospitalière (Laurentides 30,2/10 000; Québec 26,8/10 000; 2012-2013)¹¹ 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 multifactorielles¹².

10.4.1 Activités de promotion et déploiement du programme : Réseau Viactive et Groupes de plein air (Kino-Québec)

Objectif du programme

Ce programme vise la prévention des blessures et maladies chroniques chez les aînés par la formation d'intervenants animateurs bénévoles dans leur milieu de vie. Ces animateurs proposent des routines d'exercices qui augmentent la fréquence hebdomadaire de pratique d'activité physique des aînés. Il vise également à préserver leur autonomie fonctionnelle le plus longtemps possible. Il constitue un outil important dans la promotion de la santé physique et mentale de nos aînés, par l'adoption d'un mode de vie physiquement actif (MVPA).

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

¹⁰ MSSS fichier des décès 2007-2011

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.

¹² MSSS fichier des hospitalisations, Med-Echo 2012-2013

Clientèle visée

Deux catégories d'âge : 50-64 et 65 ans et plus.

État de situation

À ce jour, nous comptons 1 500 personnes de 50 ans et plus participants au programme *Viactive* ou à un groupe de marche et plein air. On compte à ce réseau actif de façon régulière:

- ~ 40 groupes de marche et de plein air
- ~ 60 groupes *Viactive*
- ~ 90 animateurs formés

Nous sommes également impliqués dans un projet-pilote innovateur de la MRC Lac-des-Deux-Montagnes dans le cadre de la Politique gouvernementale sur le vieillissement « Vieillir ensemble ».

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

Direction de santé publique :

- Planifier et coordonner le Programme *Viactive* et Marche dans l'optique d'un « continuum de services en prévention des chutes »;
- Soutenir la conseillère régionale *Viactive* kinésiologue dans ses activités liées à l'entente de collaboration bipartite.

Assurer la transmission de connaissances et de nouveaux outils auprès du réseau d'animateurs et des partenaires impliqués (ex. : formation portant sur les quatre trousseaux de programmes d'exercices).

Autres collaborateurs pouvant être impliqués

- CSSS
- FADOQ Laurentides;
- Organismes communautaires;
- Milieux municipaux et communautaires;
- Résidences privées en hébergement;
- Centre de jour

10.4.2 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, à laquelle se greffent des capsules de discussion sur les risques environnementaux et comportementaux.

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 autonomes de 65 ans et plus vivant à domicile 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 estimée à 96 283 en 2015. On estime également qu'environ le tiers des aînés vivant à domicile sont victimes d'une chute chaque année, et cette proportion augmente avec l'âge.
 - 4% des aînés de 65 ans et plus vivant à domicile ont subi des blessures nécessitant des soins, soit plus de 1 100 personnes.
 - Les ententes administratives prévoient qu'au moins 1% de la population régionale de personnes âgées participe au programme P.I.E.D. annuellement.

État de situation

Le programme P.I.E.D. est présentement disponible dans tous les territoires de la région avec 30 groupes et 400 participants au programme pour 2013-2014. Une formation d'animateurs est offerte chaque année dans la région aux nouveaux Thérapeutes en réadaptation physique.

Les chutes constituent une cause importante d'hospitalisations pour traumatismes, surtout chez les aînés.

Les personnes de 70 ans ou plus sont beaucoup plus affectées par les chutes que les plus jeunes. Les taux d'hospitalisation et de décès par chutes sont considérablement plus élevés dans ce groupe d'âge. Les chutes ont causé, en moyenne, le décès d'environ 44 résidents de la région par année entre 2009-2011. De plus, les chutes touchent davantage les femmes que les hommes. Les chutes constituent 90,4% des hospitalisations pour traumatisme non intentionnel (TNI) chez ces dernières comparativement à 80,1% chez les hommes¹³.

Mesure 6

Que la direction de santé publique

Poursuivre le déploiement du programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus 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;
- ❑ Effectuer la mise à jour des outils de formation destinés aux intervenants animateurs;

¹³ Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2009-2012

- ❑ 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 des CSSS (TRP – Ergo – Physio);
- ❑ Assurer le suivi et l'évaluation;
- ❑ Diffuser le bilan de participation annuel aux répondants locaux de la région.

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

- ❑ FADOQ - Région Laurentides;
- ❑ Organismes communautaires;
- ❑ Résidences privées en hébergement;
- ❑ Municipalités;
- ❑ Tables de concertation aînés.

10.5 PRÉVENTION DES TRAUMATISMES INTENTIONNELS : SUICIDE

Objectif du programme

Parmi les priorités d'action, visant à offrir un filet de sécurité aux personnes présentant des idées suicidaires, figurent le perfectionnement de l'intervention en situation de crise suicidaire, la réduction de l'accès aux moyens pour s'enlever la vie et la sensibilisation des médias aux impacts d'un traitement inadéquat de l'information lors d'un événement suicidaire.

Clientèle visée

Toutes clientèles présentant des idées suicidaires et leurs proches.

État de situation

Avec un nombre annuel moyen de 87 suicides dans les Laurentides, le suicide demeure une problématique de santé publique préoccupante. En effet, le suicide constitue la deuxième principale cause de décès prématurés chez les personnes âgées de 15 à 34 ans et occasionne, par le fait même, un nombre considérable d'années de vie perdues. Il représente près du tiers des décès traumatiques, avec un taux de mortalité deux fois plus élevé que le taux de mortalité par accident de la route. De plus, avoir tenté de se suicider est un des facteurs de risque les plus importants d'un décès par suicide. On constate qu'environ 10 à 15 % des personnes ayant fait une tentative de suicide vont mourir par suicide.

Le renforcement du filet de sécurité pour les personnes vulnérables apparaît donc comme étant essentiel. Pour ce faire, des efforts pour consolider les services de première ligne en matière de prévention du suicide sont déployés, notamment par une offre d'activités de formation proposée

en collaboration avec le Centre de prévention suicide le Faubourg. Cette démarche, qui s'inscrit en cohérence avec le déploiement des *Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des CSSS* du MSSS, vise à former les intervenants de la région des Laurentides en matière d'intervention de crise et de repérage de la personne vulnérable au suicide, de même qu'à favoriser les liens entre les différents intervenants par l'appropriation d'un langage commun et la consolidation de corridors de services fluides et efficaces.

Au-delà des efforts investis pour la première ligne, plusieurs autres initiatives en prévention du suicide sont également mises en place. Entre autres, une *Fiche synthèse sur la thématique du suicide* est distribuée aux médias régionaux afin de les sensibiliser aux impacts potentiels d'un traitement inadéquat de l'information lors d'un événement suicidaire et ainsi limiter les risques de contagion. Des activités de sensibilisation portant sur la réduction de l'accès aux moyens pour s'enlever la vie sont aussi réalisées sur le territoire, notamment dans le cadre de la *Semaine nationale de la prévention du suicide* et de la *Journée mondiale de la prévention du suicide*.

Mesure 7

Que la direction de santé publique

Poursuivre la sensibilisation des médias sur les impacts d'un traitement inadéquat de l'information ainsi que les activités visant la réduction de l'accès au moyen et la formation des intervenants de première ligne

Rôles et responsabilités attendus des acteurs

Direction de santé publique

- ❑ Soutenir l'implantation des *Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des CSSS* du MSSS.
- ❑ Diffuser la *Fiche synthèse sur la thématique du suicide* visant à sensibiliser les médias régionaux à l'importance de leur rôle en prévention du suicide.
- ❑ Sensibiliser la population et les décideurs à la réduction de l'accès aux moyens pour s'enlever la vie.

CSSS

- ❑ Améliorer la reconnaissance des signes précurseurs et l'évaluation du risque suicidaire par les intervenants du CSSS qui interviennent en première ligne auprès des clientèles vulnérables.
- ❑ Contribuer à une meilleure prise en charge des personnes suicidaires par une meilleure articulation du continuum de services.

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 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 inter établissements, STAT ou urgentes.

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

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).

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 réduire le délai de réaction des services préhospitaliers est la technologie utilisée. Afin de maintenir un niveau de qualité supérieure 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). 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.

Le CCS-LL a débuté ses fonctions le 1^{er} avril 2012, en collaboration avec l'Agence des Laurentides et l'Agence de Lanaudière.



Mesure 8

Que les Agences des Laurentides et de Lanaudière

Fournissent les systèmes technologiques adéquats à la bonne marche d'un CCS, et à la gestion de la flotte préhospitalière, notamment en fournissant les équipements véhiculaires à chacune des ambulances.



11.3 LES PREMIERS RÉPONDANTS (MAILLON 5)

Les premiers répondants sont des intervenants santé formés pour intervenir dans les cas d'urgence médicale, obstétrique et traumatique. 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 notre territoire pour que les premiers répondants, dans les municipalités où existe ce service, soient affectés sur tous les cas de traumatismes majeurs.

Les premiers répondants (PR de niveaux 2 et 3) 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 huit services de premiers répondants sur le territoire des Laurentides, soit :

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

À ces services, s'ajoutent les intervenants – Défibrillateur externe automatisé (DEA) Policiers et un service d'incendie (PR de niveau 0).

Mesure 9

Que l'Agence

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

Mesure 10

Que l'Agence

Poursuivre l'application du 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 augmentation démographique récente. Des ressources ambulancières ont été ajoutées 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. Il y a une 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 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. Suite à l'implantation provinciale du nouvel outil de triage post-hospitalier en trauma, les procédures de transfert direct seront révisées.

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.

Mesure 11

Que l'Agence

Développe des procédures et règles de transfert direct des traumatisés et former les paramédics conformément à celles-ci.

11.4.3 Les soins ambulanciers aux traumatisés majeurs

En janvier 2009, une formation en traumatologie a été dispensée à l'ensemble des techniciens ambulanciers paramédics (TAP). En 2012-2013, la formation Actualisation a permis de maintenir à jour des 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.

Mesure 12

Que l'Agence

S'assure que la destination du patient soit la plus appropriée à son état.

Un programme d'assurance qualité est présentement en place et son objectif est d'améliorer sans cesse nos performances, ce système d'assurance qualité appelé « progiciel » est déployé au niveau provincial. Ce progiciel est perçu comme un outil essentiel, car il nous permet de mesurer la performance de notre système actuel en soins préhospitaliers, de plus, ce système facilite la cohérence avec le plan de qualité clinique actuel.

En plus de 4 années d'assurance qualité avec l'aide du progiciel, nous avons pu constater une maîtrise des protocoles de traumatologie de la part des TAP. Les profils de conformité clinique, par rapport à ces protocoles, sont supérieurs à 93% au cours de la même période.

L'analyse des données recueillies du progiciel nous permet 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.

Cependant, il est à noter qu'il y aura révision des protocoles des services préhospitaliers d'urgence (SPU) concernant la traumatologie, selon les recommandations de l'INESSS en 2013.

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 83¹⁴ 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* »¹⁵, 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 13

Que les centres de traumatologie de la région

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

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

En 2013, dans le cadre de son mandat d'amélioration de la qualité des soins aux traumatisés au Québec et du bilan sur le 4^e cycle en traumatologie se terminant en 2012-2013, l'Équipe de traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a rencontré, avec un représentant de l'Agence, chacun des hôpitaux désignés en traumatologie. Une présentation a été faite sur les résultats statistiques et les indicateurs de performance se rapportant au centre hospitalier.

¹⁴ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives

¹⁵ 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>

De plus, si l'ensemble des exigences matricielles sont rencontrées, un certificat de conformité sera remis aux établissements visités.

Les avant-dernières visites de suivi du Groupe-conseil 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.

Mesure 14

Que les centres de traumatologie de la région

Maintiennent le comité local en opération, et ce avec quatre rencontres annuelles.

Mesure 15

Que les centres de traumatologie de la région

Complètent le registre des traumatismes le plus près possible de l'épisode de soins et utilisent les données qui y sont contenues afin d'améliorer de façon continue les services offerts.

12.3 LA CLIENTÈLE DE REVASCULARISATION MICROCHIRURGICALE D'URGENCE

Le 1^{er} octobre 2013, l'Équipe de traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a distribué des affiches portant sur la procédure de transfert des victimes d'amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence vers le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Hôpital Notre-Dame, le Centre d'expertise désigné provincielement pour la prise en charge de l'épisode de soins aigus de ces victimes.



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, tels 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 internes (notamment BOG) et externes, 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 craniocérébral (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, les personnes atteintes d'une blessure médullaire ou d'une brûlure grave, 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'importante réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) dans les Laurentides, amorcée en 2006, a été complétée par l'ouverture, le 2 avril 2013, de l'unité du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier à Lachute. Celle-ci comprend 19 lits et est située dans un nouveau bâtiment au CSSS d'Argenteuil.

Au total dans la région, 25 lits de réadaptation en déficience physique sont offerts par cette unité et celle située à Sainte-Agathe, en opération depuis le 18 juin 2012. Ces nouvelles unités sont sous la responsabilité du CRDP Le Bouclier, qui travaille en collaboration avec chacun des CSSS. Les clientèles visées par ces services sont les personnes aux prises avec des incapacités physiques significatives et persistantes à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), de maladies dégénératives telles que la sclérose en plaques, d'une blessure orthopédique grave, d'une amputation et d'autres maladies neurologiques.

Le déploiement du nouveau modèle de services en RFI clôt la phase I de ce grand projet de réorganisation régionale. La prochaine phase visera l'autosuffisance régionale afin de desservir l'ensemble de la population des Laurentides nécessitant des services de RFI, notamment les personnes victimes de TCC modéré grave.

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

Mesure 16

Que l'Agence

Planifie la mise en œuvre de la phase 2 de la réadaptation fonctionnelle intensive afin de rapatrier les clientèles TCCMG, amputés et VARMU.

**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
2013-2014**

Nombre de Dossiers	Diagnostic						
		BM	BOG	TCC- Grave	TCC- Inconnu	TCC- Léger	TCC- Modéré
0-5 ans	0	0	3	1	6	11	21
6-11 ans	0	1	2	2	4	6	15
12-17 ans	1	1	7	1	17	10	37
18 ans +	98	84	45	7	108	42	384
Total général	99	86	57	11	135	69	457

À ceci s'ajoutent dix bébés secoués et neuf grands brûlés tous de 18 ans et plus pour cette même période.

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 l'organisme communautaire le Centre d'aide pour personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides (CAPTCHPL) 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 organisationnels¹⁶.

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 17

Que les établissements

Établir 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

¹⁶ 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;
- ❑ 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.

Le 10 mai 2013, l'Entente relative aux transferts inter établissements entre le centre d'expertise et la région des Laurentides, pour les personnes ayant une lésion médullaire, a été signée. Elle s'inscrit dans la continuité des services avec le Centre d'expertise pour personnes blessées médullaires de l'ouest du Québec, lequel est constitué des établissements suivants : l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

L'entente vise à assurer la continuité des services pour la clientèle résidant sur le territoire des Laurentides en soutenant des liens fluides et fonctionnels entre les établissements du Centre d'expertise, le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier et les centres de santé et de services sociaux des Laurentides. Elle a pour but de clarifier l'offre de service, de préciser les responsabilités ainsi que les mécanismes de liaison pour chacun des établissements visés. Elle s'inscrit en continuité avec les ententes conclues entre les établissements pour un réseau intégré des services spécialisés en traumatologie et avec le cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation à intensité variable de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Selon le cadre de référence du MSSS de 2011 du programme national d'assistance ventilatoire à domicile¹⁷, la prise en charge de la clientèle ventilée à domicile revient automatiquement à la région d'origine de l'utilisateur. 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.

¹⁷ Cadre de référence du programme national d'assistance ventilatoire à domicile clientèle adulte et pédiatrique, 2011

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.

Notons 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.

L'accès à une ressource d'hébergement adaptée pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée (TVA) demeure un défi.

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 craniocérébral 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'organisme communautaire 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 2014-2020 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;
- ❑ Définir les liens de complémentarité entre CSSS-Mission CLSC, le CRDP Le Bouclier et le CAPTCHPL;
- ❑ Documenter la participation des personnes TCC aux activités offertes par les organismes communautaires spécialisés auprès de cette clientèle.

15.2.2 Les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral 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 2014-2020. Les objectifs de ce plan d'action pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave sont en annexe du présent document.

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 craniocérébral (TCC) modéré ou grave du territoire des Laurentides a été désigné en juillet 2009.

Mesure 18

Que l'Agence

Complète l'analyse annuelle des données du cheminement clientèle TCCMG adulte et pédiatrique à travers le continuum.

Assure l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (adulte) et Ste-Justine (pédiatrique).

Définisse les liens de complémentarité entre les CSSS mission CLSC, le CRDP Le Bouclier et le CAPTCHPL et CJ (pédiatrique).

Documente la participation des personnes TCC aux activités offertes par les organismes communautaires spécialisés auprès de cette clientèle.

15.2.3 Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger

Conscient et préoccupé de l'organisation de services à mettre en place pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL), le MSSS a publié un document définissant l'organisation de services aux personnes victimes d'un TCCL¹⁸.

En juin 2013, l'organisation régionale pour les services aux personnes ayant subi un TCCL a vu le jour via une équipe régionale centralisée. Ainsi, afin d'améliorer l'accessibilité des services à cette clientèle, tout en respectant le plan 2012-2015 qui a été déposé par l'Agence au MSSS et à l'INESSS, le programme régional pour le traumatisme craniocérébral léger était en opération localement en date du 24 septembre 2013 et fut accessible pour toute la région des Laurentides à compter du 29 novembre 2013.

L'objectif poursuivi par cette organisation régionale cible principalement deux aspects. D'un point de vue organisationnel, il s'agit de baliser l'organisation de services attendus relativement aux besoins ciblés de la clientèle de sorte à assurer l'efficacité et l'efficience de nos actions. D'un point de vue clinique, la finalité recherchée vise la réduction de l'incapacité et des situations de handicap chez les personnes victimes d'un TCCL.

Le but du processus d'intervention est de procéder au repérage des personnes à risque de complications médicales aiguës ou fonctionnelles persistantes et ainsi leur fournir des services et des soins appropriés à leurs besoins. Pour ce faire, l'organisation des services vise cinq zones d'amélioration :

- L'efficacité du repérage des personnes susceptibles d'être victimes d'un TCCL
- La détermination du diagnostic de TCCL ainsi que l'évaluation et la gestion du risque de complications médicales graves
- La détermination du pronostic de même que l'évaluation et la gestion du risque de complications graves
- L'intervention préventive (information et rassurance, relance téléphonique sélective, entrevue dirigée)
- L'orientation de la personne victime d'un TCCL vers les services appropriés, selon la nature de ses besoins

À ce jour, l'équipe au programme régional pour le TCCL est composée de deux infirmières cliniciennes et d'un médecin-conseil. Nous sommes présentement en phase de consolidation et maintien des acquis en termes de service pour la clientèle TCCL pour la région des Laurentides. Ceci afin d'assurer l'efficacité du repérage et par le fait même la prise en charge.

Mesure 19

Que l'équipe régionale centralisée TCCL

Produise un bilan annuel en juin de chaque année au comité régional de traumatologie présentant, notamment, le volume de personnes, les problématiques rencontrées et les pistes de solutions envisagées, l'évaluation de l'efficacité de l'offre de service et le développement des partenariats.

¹⁸ Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger
http://www.fecst.gouv.qc.ca/fr/publications/documents/orientations_ministerielles.pdf

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 ultraspécialisés 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.

L'entente relative au transfert inter établissements des victimes de brûlures graves entre le centre d'expertise et la région des Laurentides a été signée le 26 novembre 2012 et vise les objectifs suivants :

- ❑ Assurer la continuité des services au moment du transfert du centre d'expertise pour personnes victimes de brûlures graves vers la région d'origine de la victime et déterminer, à cet égard, les rôles respectifs des acteurs concernés ainsi que les modes de collaboration;
- ❑ Assurer une réponse adéquate des services offerts en fonction des besoins de la clientèle;
- ❑ Garantir à la clientèle desservie, l'accessibilité, en temps opportun, à des soins et à des services de qualité, selon ses besoins, le plus près possible de son lieu de résidence, dans le but de lui permettre de réintégrer son milieu de vie le plus rapidement possible;
- ❑ Assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières du réseau de traumatologie;
- ❑ Éviter toute interruption dans la continuité des services;
- ❑ Maintenir une collaboration soutenue entre les partenaires en harmonisant la complémentarité de leurs approches respectives.

15.4 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.

Mesure 20

Que l'Agence

Diffuse la trajectoire réadaptation et la définition de la clientèle ayant une blessure orthopédique grave à tous les partenaires de la région.

15.5 VARMU (Victime d'une amputation traumatique nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence)

La clientèle VARMU peut bénéficier de réadaptation au plan régional

Mesure 21

Que l'Agence

Définisse l'offre de service régional pour la clientèle VARMU.

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 doit 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. Il est à noter que les deux centres tertiaires désignés de Montréal (HSCM et HSte-J) sont présents à l'ensemble des comités régionaux.

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.

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	Avril 2015
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 et mettre à jour les connaissances des intervenants œuvrant auprès des familles.	Nombre de trousse distribuées par année (devrait se situer entre 300 et 400 trousse/an)	La Direction de santé publique en collaboration avec les CSSS	Suivi annuel des indicateurs (août)
5	Poursuivre la distribution du matériel éducatif de prévention du syndrome du bébé secoué et s'assurer que la formation est dispensée aux intervenants concernés œuvrant auprès des familles, et ce, dans les phases visées du programme.	Nombre de trousse distribuées par année	La Direction des programmes clientèles en collaboration avec la Direction de la santé publique et les CSSS	En continu
6	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)

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
7	Poursuivre la sensibilisation des médias sur les impacts d'un traitement inadéquat de l'information ainsi que les activités visant la réduction de l'accès au moyen et la formation des intervenants de première ligne (prévention du suicide).		La Direction de santé publique	En continu
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE				
8	Fournir les systèmes technologiques adéquats à la bonne marche d'un CCS et à la gestion de la flotte préhospitalière, notamment en fournissant les équipements véhiculaires à chacune des ambulances.		Les Agences des Laurentides et de Lanaudière	En continu
9	Favoriser le développement de nouveaux services de premiers répondants et consolider les services déjà en fonction.	Nombre de nouveaux services	L'Agence des Laurentides	En continu
10	Poursuivre l'application du 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
11	Développer des procédures et règles de transfert direct des traumatisés et former les paramédics conformément à celles-ci		L'Agence des Laurentides	Dès que les travaux provinciaux seront complétés
12	S'assurer que la destination du patient soit la plus appropriée à son état.	Révision systématique du choix du CH via le logiciel d'assurance qualité	L'Agence des Laurentides	En continu

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE				
13	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
14	Maintenir le comité local de traumatologie en opération	4 rencontres annuelles	Les centres désignés	En continu
15	Compléter le registre des traumatismes le plus près possible de l'épisode de soins et d'utiliser les données qui y sont contenues afin d'améliorer de façon continue les services offerts.		Les centres désignés	En continu
SERVICES RÉADAPTATION SPÉCIALISÉE				
16	Planifier la mise en œuvre de la phase 2 de la réadaptation fonctionnelle intensive afin de rapatrier les clientèles TCCMG, amputés et VARMU.	Ouverture des lits supplémentaires	Agence	2015
17	Établir 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.	Nombre de rencontres réalisées entre les instances	Les CSSS CRDP CAPTCHPL	En continu

PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL				
18	<p>Compléter l'analyse annuelle des données du cheminement clientèle TCCMG adulte et pédiatrique à travers le continuum.</p> <p>Assurer l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (adulte) et Ste-Justine (pédiatrique).</p> <p>Définir les liens de complémentarité entre les CSSS mission CLSC, le CRDP Le Bouclier et le CAPTCHPL et CJ (pédiatrique).</p> <p>Documenter la participation des personnes TCC aux activités offertes par les organismes communautaires spécialisés auprès de cette clientèle..</p>	Bilan déposé au comité régional traumatologie.	L'Agence des Laurentides en collaboration avec les partenaires	En juin de chaque année
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIOCÉRÉBRAL LÉGER				
19	Produire un bilan annuel en juin de chaque année au comité régional de traumatologie présentant, notamment, le volume de personnes, les problématiques rencontrées et les pistes de solutions envisagées, l'évaluation de l'efficacité de l'offre de service et le développement des partenariats	Reddition de comptes déposée au président du comité régional de traumatologie	L'équipe régionale centralisée	Juin de chaque année
BLESSÉS ORTHOPÉDIQUES GRAVES (BOG)				
20	Diffuser la trajectoire réadaptation et la définition de la clientèle ayant une blessure orthopédique grave à tous les partenaires de la région.	Bilan déposé au comité régional de traumatologie	L'Agence des Laurentides	Mars 2016
VARMU				
21	Définir l'offre de service régionale pour la clientèle VARMU.	Offre de service déposée au comité régional traumatologie	CRDP Le Bouclier	Juin 2016

ANNEXES

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

NOTE AUX LECTEURS : Des travaux au plan provincial sont présentement en cours et viendront moduler la procédure de transfert direct des traumatisés. L'annexe 1 sera révisée suite à ces travaux.

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 :

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

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.

ACR ,

- ❑ Les patients dont on ne peut se permettre de diriger directement vers un CH du réseau de traumatologie sont ceux en arrêt cardiorespiratoire (ACR).
- ❑ Ces patients doivent être transportés au CH le plus près, qu'il fasse partie ou non du réseau de traumatologie.

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. | Hôpital Sainte-Justine | Tertiaire |
| 8. | 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 aviser le CH receveur lorsque le patient est instable selon ces protocoles ou lorsqu'il se dirige vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Le technicien ambulancier doit transmettre au CH 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 arrêt cardiorespiratoire 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) 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 arrêt cardiorespiratoire (ACR) 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



et

P : Traumatisme pénétrant central
I : Patient traumatisé inconscient
C Traumatisme crânien significatif
T Traumatisme thoracique significatif
ou
M : Traumatisme médullaire (paralysie)

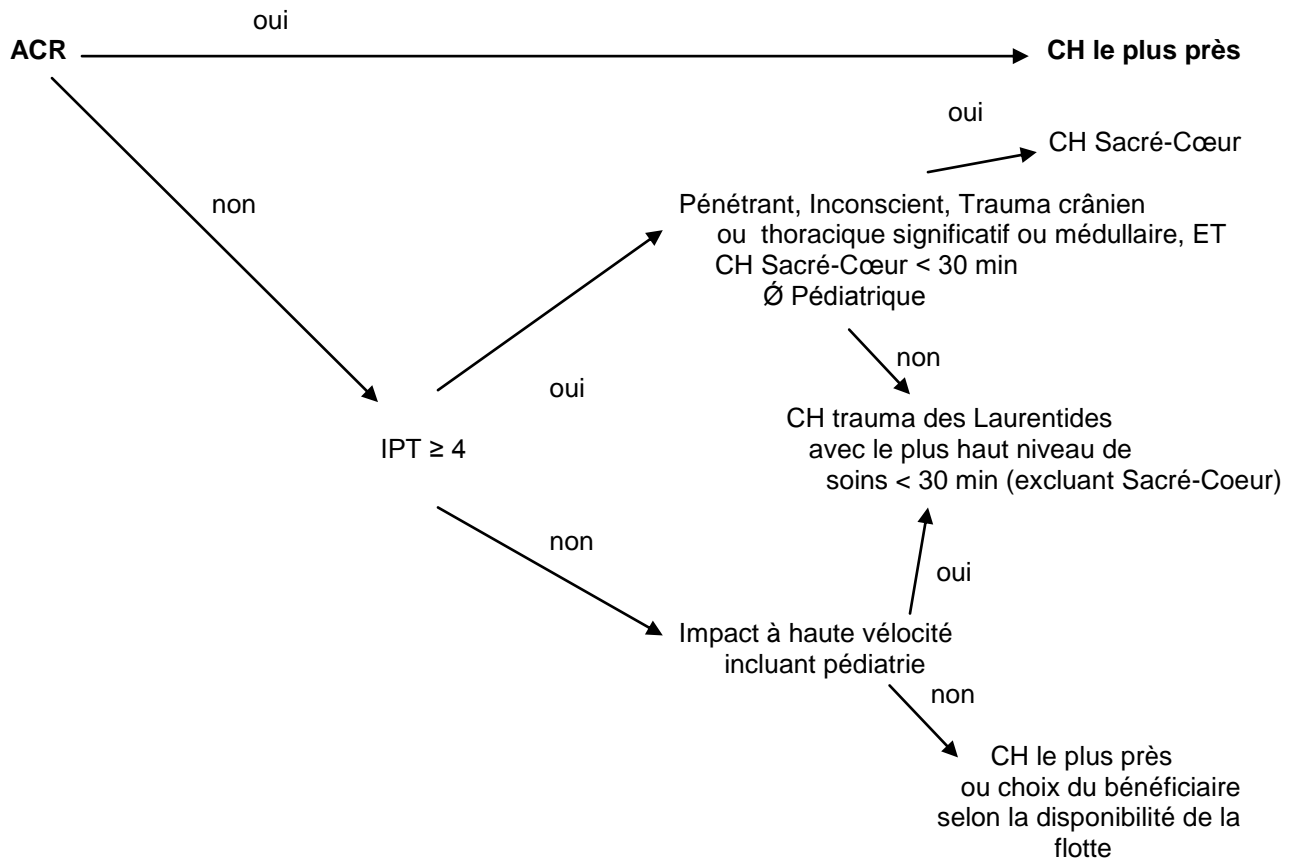
et

- À moins de trente (30) minutes de transport

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

ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRES EN TRAUMATOLOGIE

NOTE AUX LECTEURS : Des travaux au plan provincial sont présentement en cours et viendront moduler l'organigramme décisionnel de répartition des travaux primaires en trauma. L'annexe 2 sera révisée suite à ces travaux.



NOTES :

1. Le concept du CH le plus près réfère au temps de transport.
2. 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.
3. Aucun transport pédiatrique ne doit être effectué vers les centres tertiaires de Montréal, à l'exception des transports interétablissements et du concept des refus absolus.

**ANNEXE 3 – PLAN D'ACTION 2014-2020 CONSORTIUM LAURENTIDES POUR LES
PERSONNES ADULTES AYANT SUBI UN TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU GRAVE**



Consortiums interrégionaux
de soins et de services de l'Ouest du
Québec
pour les personnes adultes ayant subi
un traumatisme craniocérébral
modéré ou grave

**Plan d'action
Consortium Laurentides
2014-2020**

Objectif 1 : S'ASSURER D'UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DE LA CLIENTÈLE CHEMINANT DANS LE CONSORTIUM LAURENTIDES				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
Compléter l'analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium	<p>Analyser les rapports des données du cheminement clientèle à partir de la grille de monitoring, et ce, une fois par année :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Volume de clientèle ➤ Cheminement de la clientèle ➤ Âge de la clientèle ➤ Cause du traumatisme ➤ Constats ➤ Piste de solution pour les cheminements irréguliers, s'il y a lieu ➤ Délai d'attente, durée moyenne des délais, les raisons des délais, et ce, par établissement 	<p>Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)</p> <p>CRDP Le Bouclier</p>	Annuellement	<p>Dépôt d'un rapport au comité de traumatologie des Laurentides présentant le volume de clients, le cheminement de ceux-ci et les pistes de solution pour les dossiers ayant eu un cheminement irrégulier.</p> <p>Procès-verbaux du comité régional de traumatologie, du comité de coordination réseau en déficience physique et du comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec.</p>
	Présenter les résultats au comité régional de traumatologie, au comité de coordination réseau en déficience physique ainsi qu'au comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec	<p>Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)</p>	Annuellement	

Objectif 2 : ASSURER UNE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT ET AVEC LA BONNE INTENSITÉ				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
Assurer l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Analyser annuellement le SIRTQ afin de s'assurer que toute la clientèle adulte ayant eu un TCC modéré ou grave soit orientée vers l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Documenter les dossiers n'ayant pas été référés à l'hôpital du Sacré-Cœur et identifier des pistes de solutions pour corriger la situation.	Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)	Annuellement	Dépôt d'un rapport au comité de traumatologie des Laurentides présentant le volume de clients, le cheminement de ceux-ci et les pistes de solutions pour les dossiers n'ayant pas été référés à l'hôpital Ste-Justine
	Présenter les résultats au comité régional de traumatologie, au comité de coordination réseau en déficience physique ainsi qu'au comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec.	Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)	Annuellement	Procès-verbaux du comité régional de traumatologie, du comité de coordination réseau en déficience physique et du comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec
Définir les liens de complémentarité entre les CSSS-mission CLSC, le CRDP Le Bouclier et le CAPTCHPL	<ul style="list-style-type: none"> - Partager l'offre de service de chaque partenaire et identifier les zones de complémentarité - Partager l'entente de collaboration entre le CRDP et le CAPTCHPL 	Agence des Laurentides Les 7 CSSS de la région CRDP Le Bouclier Centre Jeunesse des Laurentides CAPTCHPL	Mars 2015	Ententes de services signées entre les CSSS et le CRDP Le Bouclier Définition d'une Trajectoire spécifique pour la clientèle traumatique (TCC)

Objectif 2 : ASSURER UNE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT ET AVEC LA BONNE INTENSITÉ

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
	<ul style="list-style-type: none"> - Partager les rôles et les responsabilités de chacun face à cette clientèle, notamment pour le suivi à long terme, services psychosociaux - Établir une trajectoire de services - Définir les mécanismes de liaison - Préciser les mécanismes de collaboration entre le CRDP et le CSSS pour la santé mentale - Mécanisme de rentrée - Médecin de famille 			

Objectif 3 : AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICE POUR LES USAGERS AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
Documenter la participation des personnes TCC aux activités offertes par les organismes communautaires spécialisés auprès de cette clientèle	Rapport annuel du CAPTCPHL Rapport annuel du AQTC	Agence des Laurentides CAPTCPHL AQTC	Annuellement	Dépôt d'un document au comité traumatologie et comité de coordination réseau en déficience physique présentant ce portrait

ANNEXE 4 - PLAN D'ACTION 2014-2020 CONSORTIUM LAURENTIDES POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS AYANT SUIVI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU GRAVE



Consortiums interrégionaux
de soins et services
de l'Ouest du Québec
pour les enfants et adolescents
ayant subi un traumatisme
craniocérébral modéré ou grave

Plan d'action 2014-2020
Consortium Laurentides

Objectif 1 : S'ASSURER D'UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DE LA CLIENTÈLE CHEMINANT DANS LE CONSORTIUM LAURENTIDES				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
Compléter l'analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium	<p>Analyser les rapports des données du cheminement clientèle à partir de la grille de monitoring, et ce, une fois par année :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Volume de clientèle ➤ Cheminement de la clientèle ➤ Âge de la clientèle ➤ Cause du traumatisme ➤ Constats ➤ Piste de solution pour les cheminements irréguliers, s'il y a lieu 	<p>Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique) CRDP Le Bouclier</p>	Annuellement	<p>Dépôt d'un rapport au comité de traumatologie des Laurentides présentant le volume de clients, le cheminement de ceux-ci et les pistes de solution pour les dossiers ayant eu un cheminement irrégulier.</p>
	<p>Présenter les résultats au comité régional de traumatologie, au comité de coordination réseau en déficience physique ainsi qu'au comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec</p>	<p>Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)</p>	Annuellement	<p>Procès-verbaux du comité régional de traumatologie, du comité de coordination réseau en déficience physique et du comité de coordination réseau en déficience physique et du comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec.</p>

Objectif 2 : ASSURER UNE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT ET AVEC LA BONNE INTENSITÉ				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
Assurer l'orientation de la clientèle TCC à l'entrée du consortium via le CH tertiaire, soit l'Hôpital Sainte-Justine	Analyser annuellement le SIRTQ afin de s'assurer que toute la clientèle pédiatrique ayant eu un TCC modéré ou grave soit orientée vers l'hôpital Sainte-Justine	Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)	Annuellement	Dépôt d'un rapport au comité de traumatologie des Laurentides présentant le volume de personnes ayant entré dans le consortium via le CH tertiaire Ste-Justine et les cas n'ayant pas suivi cette orientation.
	Documenter les dossiers n'ayant pas été référés à l'hôpital Ste-Justine et identifier des pistes de solutions pour corriger la situation.	Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)	Annuellement	
	Présenter les résultats au comité régional de traumatologie, au comité de coordination réseau en déficience physique ainsi qu'au comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec.	Agence des Laurentides (Conseillère en déficience physique)	Annuellement	Procès-verbaux du comité régional de traumatologie, du comité de coordination réseau en déficience physique et du comité directeur du consortium de l'Ouest du Québec
Définir les liens de complémentarité entre les CSSS, le CRDP Le Bouclier, le CJ et l'Association régionale TCC	<ul style="list-style-type: none"> - Partager l'offre de service de chaque partenaire et identifier les zones de complémentarité - Partager les 	Agence des Laurentides Les sept CSSS de la région CRDP Le Bouclier Centre	Mars 2016	<ul style="list-style-type: none"> Ententes de services signées entre les CSSS et le CRDP Le Bouclier Révision de l'entente de services entre le CJ et le CRDP Le Bouclier Mise en place des mécanismes de liaison

Objectif 2 : ASSURER UNE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT ET AVEC LA BONNE INTENSITÉ				
Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier prévu	Indicateur
(CAPTCHPPL)	<p>rôles et les responsabilités de chaque face à cette clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établir une trajectoire de services - Définir la complémentarité des services psychosociaux dans les CSSS, CRDP ET CJ - Définir les mécanismes de liaison - Partager et s'approprier le cadre de référence du suivi ponctuel à long terme - Définir les mécanismes de collaboration pour la clientèle présentant une DP et des problèmes de santé mentale. 	Jeunesse des Laurentides CAPTCHPL		et de complémentarité concernant le « Suivi ponctuel long terme » et pour les dossiers présentant des problématiques multiples.

ANNEXE 5 – PLAN D'IMPLANTATION 2015-2020 ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER

STRATÉGIE D'IMPLANTATION 2015-2020

OBJECTIFS	MOYENS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
1. Actualiser les formulaires de référence et le feuillet explicatif ainsi que les autres documents requis.	Ajuster le formulaire régional de référence en fonction des données probantes en vigueur	Infirmières cliniciennes TCCL	En continu
2. Analyser les besoins en ressources humaines et financières afin de répondre au besoin de la clientèle régionale.	Analyse des besoins pour le service de relance téléphonique, de psychologie, de suivi particulier en clinique avec le médecin-conseil et de développement continu au niveau de la prévention.	CSSS Saint-Jérôme ASSS Laurentides Comité régional de traumatologie	Annuellement
3. Assurer la pérennité des habiletés infirmières de l'urgence à effectuer le repérage et le dépistage de la clientèle	Formations aux infirmières responsables de ces activités	Infirmières cliniciennes TCCL	Annuellement
4. Assurer la sensibilisation des ressources médicales de 1re ligne à la trajectoire de services concernant le TCCL et à la connaissance de leurs responsabilités	Activités de formation selon les besoin et présentation des outils - Tous les CSSS des Laurentides - Cliniques et cabinets privés de médecine	Infirmières cliniciennes TCCL Médecin-conseil	-CMDP CSSS des sommets Prévu en novembre 2014 - Présentation Médecins généralistes CSSS Thérèse de Blainville prévu en Mars 2015 En continu

OBJECTIFS	MOYENS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
5. Poursuivre la formation et les activités de sensibilisation auprès de la population et des équipes sportives	Poursuivre l'élaboration d'un plan de formation dans les écoles Développement auprès des équipes sportives de la région	Infirmières cliniciennes TCCL	En continu
6. Poursuivre l'analyse des particularités associées au suivi des personnes de 65 ans et plus et/ou en perte d'autonomie et les documenter	Analyse banques de données Définition des besoins de la clientèle âgée de 65 ans et plus	Infirmières cliniciennes TCCL	En continu
7. Développer le partenariat /arrimage des services avec la CSST et la SAAQ	Communiquer avec les personnes responsables de chaque organisation Développer un outil de communication avec ces organisations et uniformiser les services à la clientèle	ASSS Laurentides Infirmières cliniciennes TCCL	Décembre 2016
8. Poursuivre l'évaluation de l'efficacité du repérage et du diagnostic de TCCL	Données statistiques de chaque centre sera remis par son responsable au comité régional de trauma Rappel et formations d'appoint données au besoin	Comité régional de Trauma ASSS Laurentides Infirmières cliniciennes TCCL	Rapport triennal
9. Poursuivre le développement du partenariat avec l'équipe interdisciplinaire	Évaluer les besoins au niveau des services professionnels par une analyse de nos données statistiques	Infirmières cliniciennes TCCL ASSS Laurentides CSSS Saint-Jérôme	Annuellement
10. Répondre et évaluer annuellement le plan directeur 2015-2020	Réalisation d'un bilan annuel Envoi du bilan à l'INESSS	Infirmières cliniciennes TCCL ASSS Laurentides	Au mois de juin de chaque année