

Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009

Outaouais



Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Outaouais

Québec



Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais le 21 juin 2007 (mise à jour le 15 novembre 2007).

Le présent document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (<http://www.santeoutaouais.qc.ca>).

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Le genre masculin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.

ISBN : 978-2-89577-035-0 (Imprimé)

ISBN : 978-2-89577-034-3 (En ligne)

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Coordination et rédaction

Madame Anne Du Sault, agente de programmation, de planification et de recherche

Direction des affaires médicales

Collaboration à la rédaction

Madame Pauline Fortin, coordonnatrice du Service de la planification en santé publique

Monsieur Carl Clements, agente de programmation, de planification et de recherche

Madame Anne Leclerc, agente de programmation, de planification et de recherche

Madame Julie Lévesque, agente de programmation, de planification et de recherche

Madame Catherine Plaziac, agente de programmation, de planification et de recherche

Direction régionale de santé publique

Madame France Goyette, coordonnatrice des Services préhospitaliers d'urgence

Docteur Jocelyn Moisan, directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence

Monsieur André-Luc Osborne, technicien à l'amélioration de la qualité

Monsieur Charles Trottier, conseiller technique

Direction de la coordination réseau et des ententes de gestion

Collaboration spéciale

Madame Geneviève D'Amour, agente de programmation, de planification et de recherche

Monsieur Philippe Garvie, agent de programmation, de planification et de recherche

Direction régionale de santé publique

Madame Marie-Hélène Gérome, agente de programmation, de planification et de recherche

Docteur Guy Morissette, directeur des Affaires médicales

Direction des affaires médicales

Monsieur Michel Cardinal, agent de programmation, de planification et de recherche

Direction de la coordination réseau et des ententes de gestion

Madame Françoise Lalonde, infirmière ressource

Madame Marie-Claude Roy, agente de programmation, de planification et de recherche

Madame Nicole Therriault, infirmière ressource

CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull

Consultations

Comité régional de traumatologie

Commission infirmière régionale

Commission multidisciplinaire régionale

Département régional de médecine générale

Table des directeurs des services professionnels

Table des directeurs généraux

Soutien technique

Madame Simone André

Madame Marie-Claude Fortin

Madame Marie-Noëlle Labaz

Madame Lise Lamontagne

Infographie

Madame Sylvie Bélisle

Nous tenons à remercier l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides de nous avoir permis d'utiliser la forme du document intitulé *Plan directeur régional en traumatologie, Région des Laurentides, cibles 2005-2008*.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes utilisés	9
INTRODUCTION	11
PARTIE I : LA TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC	13
1 ÉVOLUTION DE LA TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC	13
1.1 CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE	13
1.2 STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT ET PRINCIPALES ÉTAPES D'IMPLANTATION DU CST	14
1.3 RÉSEAU NATIONAL DE TRAUMATOLOGIE	15
1.4 RÉSULTATS ATTEINTS	16
2 MÉCANISMES D'ACCRÉDITATION	17
2.1 GROUPES-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE	17
2.2 MANDATS	17
2.3 COMPOSITION	17
2.4 CRITÈRES POUR LA DÉSIGNATION	17
PARTIE II : LA TRAUMATOLOGIE EN OUTAOUAIS	19
3 RÉGION DE L'OUTAOUAIS	19
3.1 PROFIL DE LA RÉGION	19
3.2 ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	19
3.3 PORTRAIT DES TERRITOIRES	21
3.3.1 Gatineau	23
3.3.2 Papineau	23
3.3.3 Des Collines	23
3.3.4 Vallée-de-la-Gatineau	24
3.3.5 Pontiac	24
4 ÉVOLUTION DE LA TRAUMATOLOGIE EN OUTAOUAIS	25
4.1 ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	25
4.2 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES AUX VICTIMES DE TCC	27
5 MÉCANISMES DE CONCERTATION	29
5.1 COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE	29
5.1.1 Mandat	29
5.1.2 Composition	29
5.2 COMITÉS LOCAUX	29
5.2.1 Mandat	29
5.2.2 Composition	30
5.3 COMITÉ STRATÉGIQUE CONSORTIUM TCC	30
5.3.1 Mandat	31
5.3.2 Composition	31
6 DONNÉES SUR LES TRAUMATISMES	33
6.1 TRAUMATISMES AU QUÉBEC	33
6.2 TRAUMATISMES SUBIS PAR LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS	33
6.3 BILAN ROUTIER EN OUTAOUAIS	34
6.4 REGISTRE DES TRAUMATISMES DU QUÉBEC (RTQ)	35
6.4.1 Objectifs et nature des données	36
6.4.2 Inscriptions au RTQ	36

PARTIE III : CONTINUUM RÉGIONAL DE SOINS ET DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE..... 41

7	PRINCIPES GÉNÉRAUX	41
8	SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION	43
8.1	TRAUMATISMES ROUTIERS	43
8.1.1	Dispositif de retenue pour enfants	44
8.1.2	Prévention de la conduite avec facultés affaiblies	45
8.1.3	Prévention des traumatismes chez les conducteurs de véhicule hors route(VHR)	46
8.1.4	Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs	46
8.1.5	Développement de la Route verte	47
8.1.6	Mon école à pied, à vélo.....	47
8.1.7	Aménagement de milieux de vie favorables à la pratique d'activités physiques.....	48
8.2	PRÉVENTION DES CHUTES ET BLESSURES À DOMICILE	48
8.2.1	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité (SIPPE)	49
8.2.2	Prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile	49
8.2.2.1	Les interventions en développement des communautés ; Promotion de la santé	50
8.2.2.2	Les interventions multifactorielles non personnalisées.....	51
8.2.2.3	Les personnes aînées en perte d'autonomie admises aux services de soutien à domicile ou en unité d'évaluation gériatrique.....	51
8.2.2.4	Les interventions médicales préventives	51
8.3	TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS	52
8.3.1	Concours école active	52
8.3.2	Réseau vélo-boulot (sensibilisation des participants)	53
9	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)	55
9.1	TÉMOINS	55
9.2	PREMIERS INTERVENANTS	56
9.3	LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ (CCS) EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 911.....	56
9.4	LES APPELS PROVENANTS DE TÉLÉPHONES CELLULAIRES	57
9.5	LES PREMIERS RÉPONDANTS	58
9.6	LES TECHNICIENS AMBULANCIERS/PARAMÉDICS (TAP)	58
9.7	RESPONSABILITÉ – PINCES DE DÉCARCÉRATION	59
9.8	COMMUNICATION PRÉ-ARRIVÉE	59
9.9	ARBRE DE DÉCISION POUR LE CHOIX DE L'ÉTABLISSEMENT RECEVEUR	60
9.10	PATIENT TRANSPORTÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT RECEVEUR NE FAISANT PAS PARTIE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE	61
9.11	ASSURANCE QUALITÉ	62
10	SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	63
10.1	CSSS DE GATINEAU – HÔPITAL DE HULL	63
10.2	CSSS DU PONTIAC ET CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	66
10.3	ENTENTES DE SERVICES	68
10.4	CENTRES RECEVEURS SANS DÉSIGNATION	68
10.5	MESURES CONCERNANT TOUS LES CENTRES DE TRAUMATOLOGIE DÉSIGNÉS	69
10.6	TRAUMATOLOGIE PÉDIATRIQUE	70
10.7	PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ	70
11	SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS	73
12	SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE	75

13	LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES	77
13.1	LES PERSONNES AYANT SUBI UN TCC	77
13.1.1	Les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave	77
13.1.2	Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)	78
13.2	LES PERSONNES BLESSÉES MÉDULLAIRES ET LES PERSONNES TÉTAPLÉGIQUES À VENTILLATION ASSISTÉE	79
13.3	LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES	81
13.4	LES PERSONNES NÉCESSITANT DE LA CHIRURGIE DE RÉIMPLANTATION	81
14	FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	83
CONCLUSION		85
BIBLIOGRAPHIE		87

ANNEXES

ANNEXE 1 :	Plan d'action en traumatologie 2006-2009	93
ANNEXE 2 :	Continuum de services en traumatologie	101
ANNEXE 3 :	Catégorisation et niveau de désignation des établissements de santé	102
ANNEXE 4 :	Injury Severity Score (ISS).....	104
ANNEXE 5 :	Comité régional de traumatologie	105
ANNEXE 6 :	Mandat du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave	107
ANNEXE 7 :	Nombre de décès parmi les résidents de l'Outaouais de 1983 à 2002	108
ANNEXE 8 :	Nombre d'accidents selon la nature des dommages survenus dans la région de l'Outaouais et nombre de victimes selon la nature des blessures de 1984 à 2005.....	109
ANNEXE 9 :	Codes CIM-9-CM et CIM-10-CA reliés aux lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	110
ANNEXE 10 :	Échelle de coma de Glasgow	111
ANNEXE 11 :	Équipes premiers répondants et équipes de décarcération.....	112
ANNEXE 12 :	Indice préhospitalier pour les traumatismes et évidence d'impact à haute vitesse	114
ANNEXE 13 :	Arbre de décision pour le transport des victimes de traumatismes	116
ANNEXE 14 :	Clivage pour les zones de transports ambulanciers	117

FIGURE

Figure 1 :	Les établissements de santé et de services sociaux de l'Outaouais et leurs principales installations	20
------------	---	----

TABLEAUX

Tableau 1 :	Principales étapes de l'implantation du CST	14
Tableau 2 :	Territoires sociosanitaires de l'Outaouais	20
Tableau 3 :	Répartition de la population par territoire de CLSC et de CSSS en 2006 et 2016 ainsi que par groupe d'âge.....	21
Tableau 4 :	Portrait des urgences de la région de l'Outaouais	26
Tableau 5 :	Nombre d'accidents survenus dans la région de l'Outaouais et nombre de victimes	35
Tableau 6 :	Nombre de cas inscrits au RTQ et nombre de transferts reçus	37
Tableau 7 :	Provenances les plus fréquentes au CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull.....	37
Tableau 8 :	ISS des établissements de la région comparée à l'ensemble des centres de la province et de même catégorie	37
Tableau 9 :	Durée moyenne de séjour (DMS)	38
Tableau 10 :	Nombre de décès	38
Tableau 11 :	Nombre de TCC et nombre de résultats à l'échelle de coma de Glasgow (CGS) égal ou inférieur à 8	39
Tableau 12 :	Équipe de soins en traumatologie.....	63
Tableau 13 :	Équipe multidisciplinaire de réadaptation en traumatologie.....	64
Tableau 14 :	Corridors de transfert en provenance des centres primaires.....	65
Tableau 15 :	Corridors de transfert vers les centres tertiaires	65
Tableau 16 :	Nombre d'identifications de donneurs potentiels, de donneurs effectifs, nombre d'organes et de tissus greffés	66
Tableau 17 :	Corridors vers les centres de traumatologie de niveau plus élevé	67
Tableau 18 :	Corridor du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	67

GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Population de l'Outaouais par groupe d'âge selon le territoire de RLS, au 1 ^{er} juillet 2006, et du Québec	22
Graphique 2 :	Population de l'Outaouais par groupe d'âge selon le territoire de RLS, au 1 ^{er} juillet 2016, et du Québec	22

Liste des sigles et acronymes utilisés

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
ANO	Association des neurotraumatisés – Région de l'Outaouais
APVD	Années potentielles de vie perdue
AVC	Accident vasculaire cérébral
BOG	Blessure orthopédique grave
CCN	Commission de la capitale nationale
CDJ	Chirurgie d'un jour
CH	Centre hospitalier
CHCP	Centre hospitalier communautaire du Pontiac
CHEO	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
CHGM	Centre hospitalier Gatineau Mémorial
CHRO	Centre hospitalier régional de l'Outaouais
CHVO	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CIM	Classification internationale des maladies
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPO	Coopérative des paramédics de l'Outaouais
CRR	Centre régional de réadaptation
CSS	Centre de communication santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CST	Continuum de services en traumatologie
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DEA	Défibrillation externe automatisée
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DMS	Durée moyenne de séjour
DSP	Directeur des services professionnels
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FECST	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
GCS	Glasgow
GTSS	Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IHV	Impact à haute vitesse
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPT	Indice préhospitalier traumatique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISS	Injury Severity Score (Indice de sévérité du traumatisme)
MAMR	Ministère des Affaires municipales et des Régions

MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PAL	Plan d'action local en santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PICPR	Protocoles d'intervention clinique des premiers répondants
PICTA	Protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNAVD	Programme national d'assistance ventilatoire à domicile
PNSP	Programme national de santé publique
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de services
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAD	Soutien à domicile
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité
SIT	Système intégré de traumatologie
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
STAT	De « <i>statim</i> » qui signifie immédiatement ou le plus rapidement possible
TAP	Technicien ambulancier / paramédic
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TNI	Traumatisme non intentionnel
TVA	Tétraplégique à ventilation assistée
VHR	Véhicule hors route
VTT	Véhicule tout terrain

INTRODUCTION

Au Québec, depuis plusieurs années, les traumatismes constituent une des premières causes de décès chez les personnes âgées de moins de 45 ans et la quatrième cause de tous les décès (plus de 6 %) survenant dans la population de tout âge. Malgré qu'il soit possible et démontré de prévenir le nombre et la gravité des traumatismes, une fois qu'il survient, il est établi que la meilleure façon d'améliorer la survie des personnes traumatisées est de réduire tous les délais d'accès aux services et aux soins requis. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) décidait, au début des années 1990, de doter le Québec d'un réseau intégré de soins et de services en traumatologie majeure.

En appui à cette décision, le MSSS inscrivait cette mesure dans sa *Politique de santé et du bien-être* de 1992, laquelle devait aussi contribuer à l'atteinte de deux objectifs spécifiques (10 et 19) :

- *D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives sportives* (p. 81) ;
- *D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature des incapacités* (p. 123).

En outre, ce réseau se doit d'intégrer « tous les événements liés au traumatisme, c'est-à-dire de la prise en charge du blessé sur les lieux de l'accident jusqu'à son retour dans la société après avoir reçu tous les soins requis à sa réadaptation » (MSSS : 1996, p. 3). Il doit aussi s'arrimer « aux efforts de promotion et prévention déjà déployés par les intervenants de la santé publique et par divers organismes (SAAQ, CSST, régie de la sécurité dans les sports, etc.) » (MSSS : 1999, p. 3).

Par ailleurs, il est reconnu que la mise en place d'un tel continuum est la meilleure façon de réduire les taux de mortalité et de morbidité des personnes victimes de traumatismes. De fait, depuis l'implantation du réseau québécois de traumatologie, le nombre de décès lié aux traumatismes graves a grandement diminué. Une étude récente a d'ailleurs démontré une réduction des plus significatives du taux de mortalité des blessés graves, qui est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002 (CST : 2006).

De plus, dans un contexte de transformation profonde des structures survenue dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années, il importe de maintenir les acquis obtenus par la mise en place du *Programme québécois de traumatologie*. Il nous faut donc poursuivre sur cette lancée afin d'adapter et de consolider ce programme aux nouvelles réalités du réseau.

C'est dans ce contexte que le MSSS demandait à chaque agence :

[...] d'élaborer et mettre en place, conformément aux conditions déterminées par le ministère, un plan directeur en traumatologie (en aval et en amont, y compris la réadaptation), qui comprend notamment, l'établissement de corridors de services. Ainsi, elle doit, pour le 31 mars 2005, élaborer un plan directeur conforme et indiquer le nombre de corridors de services établis.

Le présent document décrit le plan directeur en traumatologie pour la région de l'Outaouais. La première partie dresse un bref portrait de la traumatologie au Québec. La seconde partie fait état de la situation de la traumatologie en Outaouais. La dernière partie porte sur le continuum régional de soins et de services pour les personnes victimes d'un traumatisme grave ou susceptibles de l'être, soit la promotion et la prévention, les services préhospitaliers d'urgence (SPU), les services de soins aigus et de réadaptation précoce, les services de réadaptation spécialisés et les services d'intégration et de maintien dans le milieu de vie. Ce plan propose une série de mesures adaptées à la réalité de la région. L'actualisation de ces mesures devrait favoriser la réduction du nombre et de la gravité des traumatismes, de même que favoriser l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services offerts à cette clientèle. On retrouve à l'annexe 1 le plan d'action regroupant l'ensemble de ces mesures.

PARTIE I : LA TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC

1 ÉVOLUTION DE LA TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC

1.1 CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

Au cours des vingt dernières années, le domaine de la traumatologie a énormément progressé au Québec avec, entre autres, l'actualisation du *Programme québécois de traumatologie* qui vise à mettre en place un continuum de services en traumatologie (CST) pour les personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être. Ce continuum est constitué de 14 maillons (voir l'annexe 2) comprenant la prévention, les SPU, les services de soins aigus (cinq niveaux – voir l'annexe 3) et de réadaptation précoce, les services de réadaptation spécialisés et les services d'intégration et de maintien dans le milieu de vie.

La mise en place de ce continuum vise l'optimisation de l'accessibilité, de l'efficacité, de l'efficience, de la complémentarité, de la qualité et de la continuité des services offerts par chacun des maillons. Il s'agit, en fait, de réduire tous les délais de prise en charge et de transfert tout au long du continuum, et ce, par l'établissement de corridors de services et de protocoles de transferts clairs, automatiques et prioritaires, qui ne doivent pas faire l'objet de négociations tout en permettant une certaine souplesse afin de faire face aux situations imprévues.

Plus spécifiquement, les principales caractéristiques de ce réseau sont (MSSS et SAAQ : 2005, p. 23) :

- Une structure hiérarchisée de services faisant appel à un réseau de centres de traumatologie par palier (niveau d'expertise) et par étape d'intervention répartie sur l'ensemble du territoire québécois ;
- La désignation de chaque établissement pour une durée limitée et l'application d'un processus de suivi régulier de la performance de chacun ;
- La mise en place de corridors de services bidirectionnels officiels (ententes écrites) assurant la répartition des personnes victimes d'un traumatisme en phase aiguë en fonction de la sévérité de leurs atteintes et du niveau d'expertise des établissements interpellés et par la suite les diriger vers des services de réadaptation spécialisés tant à l'interne qu'à l'externe ;
- La désignation de consortiums d'établissements responsables de l'offre de services à des clientèles particulières ;
- L'application d'un programme d'amélioration continue reposant sur le principe d'audit externe, l'utilisation de matrices d'évaluation officielles reflétant des standards de qualité reconnus internationalement, ainsi que sur des données probantes tirées du Registre des traumatismes du Québec.

Sur le dernier point, il importe de mentionner que 7 des 14 maillons du CST sont évalués et font l'objet d'une désignation. Il s'agit d'établissements de santé en tant que services de stabilisation ou centres de traumatologie ainsi que d'établissements de réadaptation offrant des services aux personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave. Parmi ces établissements désignés, certains ont une désignation supplémentaire dans le cadre de regroupements d'établissements (consortium ou centre d'expertise) offrant des services de santé physique et de réadaptation spécialisée à des clientèles spécifiques telles que : les personnes victimes d'un TCC modéré ou grave, les personnes victimes de brûlures graves et les personnes blessées médullaires.

1.2 STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT ET PRINCIPALES ÉTAPES D'IMPLANTATION DU CST

La stratégie de déploiement du CST a été de développer :

- Chacun des maillons de la chaîne d'intervention ;
- Les interfaces entre chacun des maillons afin d'assurer l'intégration des services ;
- Les outils permettant l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du CST (Registre des traumatismes, Programme de recherche en traumatologie, Programme d'assurance qualité, etc.).

Le tableau 1 fait état des principales étapes d'implantation du CST (Lapointe, P. : 2003 et Lapointe, J. : 2006).

Tableau 1 : Principales étapes de l'implantation du CST

1986-1988	• Élaboration d'un plan directeur visant l'implantation d'un système intégré de traumatologie (SIT) par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) ;
1989	• Début du partenariat entre la SAAQ et le MSSS ; • Implication de la SAAQ dans le comité aviseur (SPU) et dans le comité consultatif de traumatologie majeure ;
1989-1991	• Travaux de validation de l'architecture et de l'ingénierie du SIT respectant les normes de fonctionnement et de performance reconnues en Amérique du Nord : ▪ La matrice ; ▪ Les critères de catégorisation des établissements de santé ; ▪ Rôle et prestation selon les différents niveaux ; ▪ Le processus d'évaluation ; ▪ La désignation ; ▪ Le Programme d'assurance qualité.
1991	• Le MSSS confie à la SAAQ le mandat de créer le groupe-conseil en traumatologie (volet santé physique) pour évaluer, en vue de leur désignation, les établissements hospitaliers devant être inclus dans le CST ;
1991-1995	• Premier cycle de visites menant à la désignation de 97 établissements hospitaliers sur les 147 établissements qui en avaient fait la demande ; • Publication de « Chaque minute compte ! » et du Plan régional d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 1995-2001 ;
1995-1998	• Deuxième cycle de visites pour l'évaluation de la pertinence du maintien des désignations : le nombre d'établissements désignés passe de 97 à 83 ; • Les centres universitaires sont assimilés aux centres tertiaires et la catégorie « centre secondaire régional » est créée ; • Désignation de deux centres d'expertise pour les blessés médullaires ;
1999	• Création par le MSSS du groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation/soutien à l'intégration) pour évaluer, en vue de leur désignation, les établissements offrant des services aux personnes victimes d'un TCC devant être inclus dans le CST ;
2000	• Deuxième mandat confié au groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation/soutien à l'intégration) afin d'évaluer, en vue de leur désignation, les consortiums d'établissements offrant des services aux personnes victimes d'un TCC devant être inclus dans le CST ;

Tableau 1 (suite) : Principales étapes de l'implantation du CST

1999-2004	• Le SIT devient le Programme québécois de traumatologie ; • Premier cycle de visites pour la désignation des établissements et des consortiums offrant des services aux personnes victimes d'un TCC ; • Troisième cycle de visites et période de consolidation par l'évaluation de la performance des établissements hospitaliers, le nombre d'établissements désignés passe de 83 à 71 : ▪ Le Programme local de traumatologie ; ▪ Le recueil de procédures et protocoles ; ▪ La conformité aux indicateurs de performance nationaux ; ▪ La perméabilité des corridors de services ; ▪ Dépôt du rapport Dicaire sur les SPU.
2004	• Acceptation du quatrième mandat du groupe-conseil pour le monitoring et l'évaluation des 800 partenaires des 14 maillons (Lapointe et Roy : 2006) ;
2005	• Désignation de deux centres d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves ;
2006	• Mise en place du site Internet www.fccst.gouv.qc.ca (Fonction évaluative du continuum de services en traumatologie) afin de maintenir et d'améliorer la performance de l'ensemble des maillons du CST par le développement d'indicateurs (CST : 2006) ; • Deuxième cycle d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave.

1.3 RÉSEAU NATIONAL DE TRAUMATOLOGIE

Actuellement, le réseau national de traumatologie comprend 71 établissements hospitaliers et 18 centres de réadaptation désignés :

- 4 centres de traumatologie tertiaires ;
- 2 centres pédiatriques de niveau tertiaire ;
- 4 centres de traumatologie secondaires régionaux avec un service de neurotraumatologie ;
- 21 centres de traumatologie secondaires ;
- 28 centres de traumatologie primaires ;
- 12 services de stabilisation médicale ;
- 18 établissements de réadaptation offrant des services spécialisés de réadaptation aux personnes victimes de TCC modéré ou grave ;

De plus, parmi ces établissements, il y a :

- 10 établissements hospitaliers qui ont une désignation spécifique en réadaptation précoce pour les personnes victimes d'un TCC modéré ou grave ;
- 7 consortiums régionaux d'établissements offrant des services aux personnes victimes d'un TCC modéré ou grave ;
- 8 consortiums interrégionaux offrant des services aux personnes victimes d'un TCC modéré ou grave ;
- 2 centres d'expertise pour les blessés médullaires ;
- 2 centres d'expertise pour grands brûlés.

1.4 RÉSULTATS ATTEINTS

Il importe de souligner les résultats obtenus à la suite de la mise en place du CST. Une étude prospective sur les impacts de la mise en place du CST a démontré que le taux de mortalité pour les ISS (Injury Severity Score – voir annexe 4) supérieur à 12 est passé de 51,8 % en 1992-1993 à 17,7 % en 1997-1998 (Sampalis et collab. : 1999, p. 570). Cette étude québécoise s'est poursuivie ainsi que d'autres, lesquelles ont démontré :

[...] que la prévention des accidents et des blessures qui constitue les premiers maillons du CST a contribué à une baisse de 55 % du nombre de décès sur les routes. De plus, dans le cas des victimes de traumatismes qui ont bénéficié du CST, le taux de mortalité [pour les ISS >12] est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002 (CST : 2006).

2 MÉCANISMES D'ACCRÉDITATION

2.1 GROUPES-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE (MSSS : 2001, pp. 12-18)

Tel que mentionné précédemment, 7 des 14 maillons du CST sont évalués et font l'objet d'une désignation. Pour ce faire, le MSSS a créé des groupes-conseil en traumatologie : volet santé physique et volet réadaptation / soutien à l'intégration.

2.2 MANDATS

Trois types de mandats sont attribués à ces deux groupes :

1. Évaluer les établissements en vue de leur désignation ou de leur maintien dans le réseau de la traumatologie selon des critères prédéterminés ;
2. Assurer le suivi périodique de la mise en place des éléments du CST ainsi que du développement des interfaces assurant l'intégration des services ;
3. À la demande des agences ou du ministre, analyser des situations problématiques ou complexes et faire des recommandations en vue de leur correction ou de leur amélioration.

2.3 COMPOSITION

Ces groupes sont composés de membres permanents et de membres occasionnels.

- Les membres permanents des groupes sont :
 - un ou des représentants du MSSS selon le secteur d'activité visé ;
 - un représentant de l'agence concernée selon le secteur d'activité visé ;
 - le président du groupe-conseil du secteur d'activité visé.
- Des membres occasionnels sont recrutés en fonction du mandat à exécuter. Il s'agit de personnes qui détiennent une expertise particulière touchant la traumatologie (exemple : neurochirurgien, orthopédiste, chirurgien général, médecin d'urgence, infirmière, administrateur, représentants des centres de traumatologie, directeurs de programme de réadaptation, expert en évaluation de programme, etc.).

2.4 CRITÈRES POUR LA DÉSIGNATION

L'évaluation des établissements ou des consortiums en vue de leur désignation est basée sur l'expertise et l'objectivité et se fait à partir de *La matrice pour l'évaluation des centres de traumatologie*, laquelle porte, entre autres, sur :

- | | |
|---|--|
| ▪ La structure organisationnelle et la capacité clinique de l'établissement ; | ▪ Les ressources matérielles disponibles ; |
| ▪ L'expertise professionnelle ; | ▪ L'engagement du milieu ; |
| ▪ L'organisation des soins ; | ▪ Le Programme d'assurance qualité ; |
| ▪ Les services de réadaptation ; | ▪ La recherche. |

L'ensemble de ces mécanismes a fait l'objet d'un large consensus.

PARTIE II : LA TRAUMATOLOGIE EN OUTAOUAIS

3 RÉGION DE L'OUTAOUAIS

3.1 PROFIL DE LA RÉGION

La région de l'Outaouais est située au sud-ouest de la province de Québec. Au sud, la rivière des Outaouais sépare le Québec de l'Ontario. Au nord, la région est délimitée par la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) et à l'est par la région des Laurentides (15). La zone urbaine qui correspond à la ville de Gatineau est caractérisée par sa proximité de la ville d'Ottawa. La région occupe une superficie de 32 842 km² (MAMR : 2006) dont près de 40 % est municipalisée. Il faut parcourir près de 300 km pour la traverser d'est en ouest, soit de Fasset à Rapides-des-Joachims et près de 300 km du nord au sud, soit de Lac-Rapide au centre-ville du secteur Hull de la ville de Gatineau.

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de la région était estimée à 345 464 personnes au 1^{er} juillet 2006 (ISQ : 2005b). Environ 65 % de la population habite la zone urbaine qui correspond à la nouvelle ville de Gatineau, laquelle couvre une superficie de 344 km² (MAMR : 2006), soit 1 % du territoire total alors que l'autre 35 % réside dans les quatre municipalités régionales de comté (MRC) : Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau, Papineau et Des Collines.

La densité de population passe d'environ 710 habitants au km² pour la ville de Gatineau à 1,5 pour les MRC du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau, pour une moyenne régionale de 10,5 habitants au km². Cette variation dans la densité de population joue un rôle important dans toute organisation de services et encore de façon plus marquée en traumatologie, compte tenu des distances à parcourir qui augmentent les délais de transport.

Entre 1991 et 2001, la région a connu une hausse de sa population de 11 %, ce qui est plus du double de celle de l'ensemble du Québec qui a été de 5 %. Il est important de préciser que cette croissance est due en grande partie à la migration. Au cours des dix prochaines années, toujours selon l'ISQ, la région devrait connaître encore une assez forte croissance de sa population, soit de l'ordre de 6,8 % comparativement à celle du Québec, qui devrait être de près de 4 %.

En juillet 2006, 21,5 % de la population, soit 74 155 personnes, avaient moins de 18 ans, alors que 67,3 %, soit 232 487 personnes avaient entre 18 et 64 ans, tandis que 11,2 %, soit 38 822, avaient 65 ans et plus. Dans la région, la proportion de personnes âgées est plus faible que celle du Québec qui est de 14,1 %. Toutefois, la population de l'Outaouais, comme partout ailleurs, vieillit. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait atteindre 58 826 en 2016, ce qui représente une augmentation de plus de 50 %.

3.2 ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

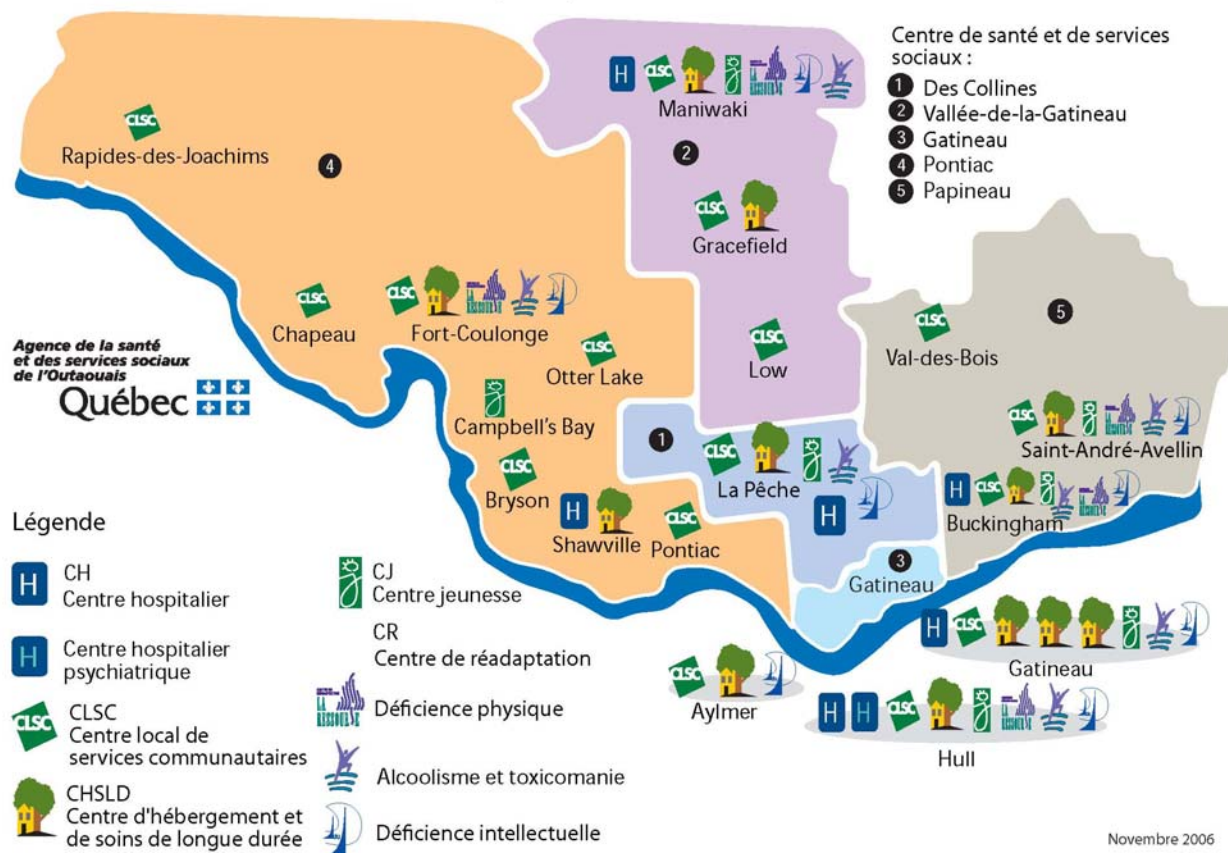
En matière d'organisation des services de santé et des services sociaux, la région compte cinq territoires sociosanitaires comprenant huit districts de CLSC (voir tableau 2). Chacun de ces territoires est desservi par un réseau local de services (RLS) sous la coordination d'un CSSS. Il est important de rappeler que les territoires sociosanitaires des RLS ne correspondent pas en tout point aux délimitations des MRC et de la ville de Gatineau.

Tableau 2 : Territoires sociosanitaires de l'Outaouais

▪ Territoire de Gatineau comprenant trois districts de CLSC : • Grande-Rivière, correspond au secteur d'Aylmer de la ville de Gatineau ; • Hull, correspond au secteur de Hull de la ville de Gatineau ; • Gatineau, correspondant au secteur de Gatineau. ▪ Territoire Des Collines comprenant les municipalités de La Pêche, Chelsea, Cantley et Val-des-Monts (à l'exception de la partie de Pôltimore) ; ▪ Territoire de Papineau correspondant aux districts de CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation comprenant les secteurs de Buckingham et Masson-Angers de la ville de Gatineau, les municipalités de la MRC Papineau et la partie de Pôltimore de la MRC des Collines) ; ▪ Territoire de la Vallée-de-la-Gatineau comprenant les municipalités de la MRC Vallée-de-la-Gatineau ; ▪ Territoire du Pontiac comprenant la MRC Pontiac et la municipalité de Pontiac.
--

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais se compose, entre autres, de 12 établissements dont 10 publics et deux privés conventionnés. Sur chaque territoire, on retrouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS). La figure 1 fait état de la répartition des établissements de santé et de services sociaux et de leurs principales installations.

Figure 1 : Les établissements de santé et de services sociaux de l'Outaouais et leurs principales installations



Le CSSS de Gatineau possède, dans sa mission hospitalière, un statut régional offrant ainsi une vaste gamme de services de santé et de services médicaux spécialisés et superspécialisés. Par ailleurs, comme la région fait partie du territoire de desserte du réseau universitaire intégré de services (RUIS) de l'Université McGill, ce dernier peut être appelé à supporter les établissements de la région. De plus, de par la situation frontalière de l'Outaouais, il existe aussi des corridors de services avec l'Ontario pour des services non disponibles en Outaouais.

Également, plus d'une soixantaine de cliniques et cabinets privés et 174 organismes communautaires desservent la population de la région. De plus, la population peut compter sur environ 295 médecins omnipraticiens et 185 médecins spécialistes.

Quant au transport ambulancier, il est assuré par deux entreprises possédant près d'une trentaine d'ambulances réparties sur le territoire de l'Outaouais.

En complément d'information, il importe de préciser qu'une proportion non négligeable de résidents québécois consomme d'elle-même, sans référence, des services de santé en Ontario compte tenu de sa proximité.

3.3 PORTRAIT DES TERRITOIRES¹

Le tableau 3 et les graphiques 1 et 2 font état de la répartition de la population par territoire de CLSC et de CSSS en 2006 et 2016 ainsi que par groupe d'âge.

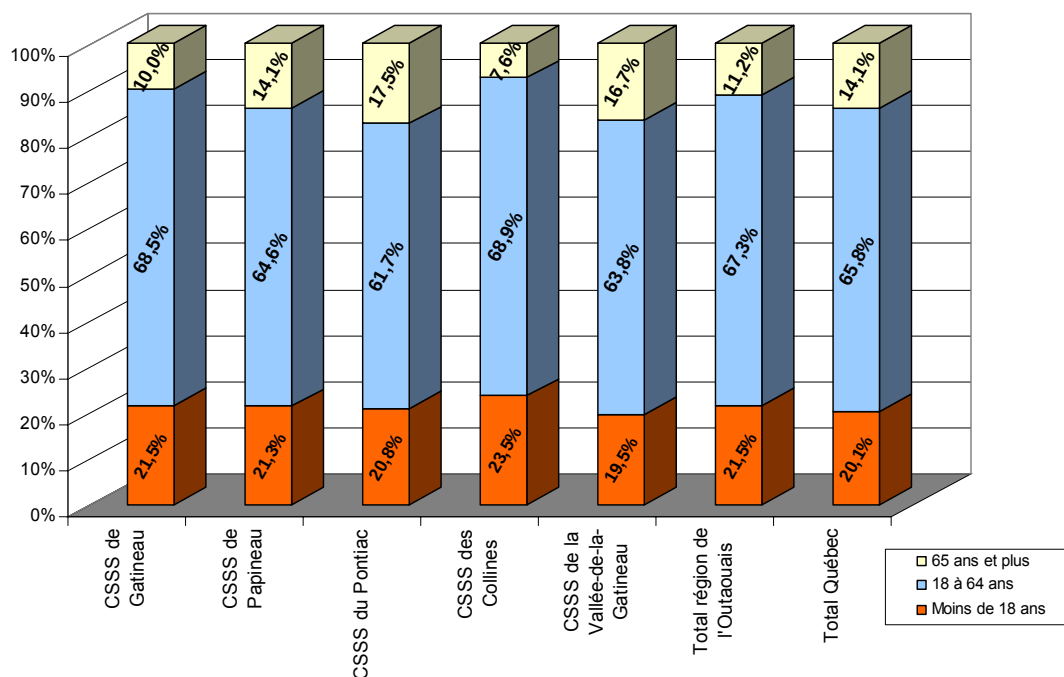
Tableau 3 : Répartition de la population par territoire de CLSC et de CSSS en 2006 et 2016 ainsi que par groupe d'âge

Territoire de CLSC CSSS	Au 1 ^{er} juillet 2006				Au 1 ^{er} juillet 2016			
	Total	Moins de 18 ans	18 à 64 ans	65 ans et plus	Total	Moins de 18 ans	18 à 64 ans	65 ans et plus
Grande-Rivière	40 075	9 517	26 833	3 725	41 806	7 947	27 560	6 299
Hull	74 918	13 915	52 080	8 923	79 928	12 694	54 953	12 281
Gatineau	108 874	24 602	74 470	9 802	115 383	21 336	77 606	16 441
CSSS de Gatineau	223 867	48 034	153 383	22 450	237 117	41 977	160 119	35 021
Vallée-de-la-Lièvre	34 916	8 346	22 867	3 703	38 420	7 619	25 329	5 472
Petite-Nation	16 098	2 534	10 079	3 485	17 187	2 255	10 234	4 698
CSSS de Papineau	51 014	10 880	32 946	7 188	55 607	9 874	35 563	10 170
Pontiac	19 875	4 140	12 254	3 481	20 345	3 655	12 103	4 587
CSSS du Pontiac	19 875	4 140	12 254	3 481	20 345	3 655	12 103	4 587
Collines	30 261	7 118	20 856	2 287	33 393	6 665	22 428	4 300
CSSS des Collines	30 261	7 118	20 856	2 287	33 393	6 665	22 428	4 300
Vallée-de-la-Gatineau	20 447	3 983	13 048	3 416	22 497	3 885	13 864	4 748
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	20 447	3 983	13 048	3 416	22 497	3 885	13 864	4 748
Total région de l'Outaouais	345 464	74 155	232 487	38 822	368 959	66 056	244 077	58 826

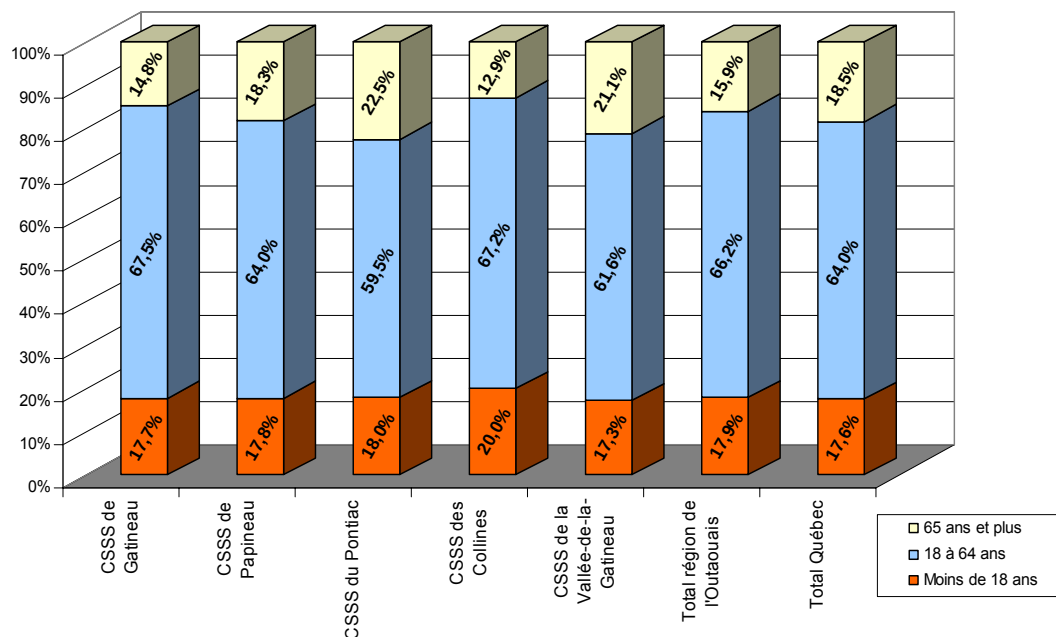
Source : ISQ, janvier 2005

¹ Une partie des informations sur le profil des territoires proviennent du document de consultation régionale dans le cadre de la mise en place des RLS avec une mise à jour des données : Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2004), *Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services, Proposition de configuration des territoires et des instances locales - Une vision intégrée du réseau Outaouais – document de consultation*, Gatineau, 9 mars 2004, pp. 20 à 44.

Graphique 1 : Population de l'Outaouais par groupe d'âge selon le territoire de RLS, au 1er juillet 2006, et du Québec



Graphique 2 : Population de l'Outaouais par groupe d'âge selon le territoire de RLS, au 1er juillet 2016, et du Québec



Les plus grandes proportions de personnes âgées de 65 ans et plus se trouvent dans les districts du Pontiac (17 %), de la Petite-Nation (21,6 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (16,9 %). En 2016, les proportions pour ces districts seront respectivement de 22,5 %, de 27,3 % et de 21,1 %.

De plus, il est important de souligner que selon diverses estimations, la population rurale augmente de façon substantielle durant la période estivale. Un nombre important de résidents non permanents occupent alors leur chalet, les gîtes touristiques ou les terrains de camping. Selon des estimations provenant des MRC, plus de 50 000 personnes s'ajouteraient aux 120 000 résidents des territoires ruraux (Agence de développement de l'Outaouais : 2004, p. 13).

3.3.1 Gatineau

- Population de 223 865 habitants, ce qui représente environ 90 % de la population de la ville de Gatineau et près de 65 % de la population totale de la région ;
- Superficie du territoire de 262 km² pour une densité de 855 habitants/km² ;
- Les structures d'âge sont variables, le district de Hull ayant la proportion de personnes âgées la plus élevée par rapport à sa population, soit 11,9 %, tandis que la proportion des moins 18 ans est respectivement de 23,7 % pour le district de Grande-Rivière et de 22,6 % pour le district de Gatineau ;
- La population de la zone urbaine est caractérisée par sa diversité linguistique (particulièrement dans le district de Grande-Rivière) et ethnoculturelle (dans l'ensemble des districts avec une croissance à venir dans le secteur Gatineau).

3.3.2 Papineau

- Population de 51 014 habitants, ce qui représente 14,8 % de la population régionale ;
- Superficie du territoire près de 3 900 km² pour une densité d'environ 15 habitants/km² ;
- On retrouve 5 123 chalets dans la MRC Papineau, ce qui peut amener une croissance potentielle de 12 800 personnes au cours de la période estivale ;
- Les structures d'âge des deux districts varient également, la population de la Petite-Nation présentant un ratio de personnes âgées plus élevé (21,6 %) ;
- La population d'expression anglaise est davantage concentrée dans la Vallée-de-la-Lièvre, soit un peu moins de 10 %.

3.3.3 Des Collines

- Population de 30 261 habitants, soit 8,3 % de la population régionale ;
- Superficie de près de 1 300 km² pour une densité d'un peu plus d'une vingtaine d'habitants/km² ;
- Territoire en forte croissance démographique, avec une structure d'âge plus jeune que la moyenne régionale (7,6 % de la population âgée 65 ans et plus) ;
- Environ 4 000 chalets sur le territoire avec croissance potentielle de 10 000 personnes pour services ponctuels au cours de la période estivale ou hivernale ;
- Caractérisée par sa dualité linguistique, avec 26,3 % de sa population d'expression anglaise.

3.3.4 Vallée-de-la-Gatineau

- Population de 20 447 habitants, ou 5,9 % de la population de l'Outaouais ;
- Superficie de 13 599 km² (dont 10 063 km² non municipalisés), pour une densité de 1,5 habitants/km² ;
- Territoire en décroissance démographique avec une structure d'âge vieillissante (16,7 % de la population âgée de 65 ans et plus) ;
- 6 047 chalets sur le territoire, avec une croissance potentielle de 15 118 personnes pour services ponctuels au cours de la période estivale ;
- Caractérisée par une communauté anglophone de l'ordre de 14,1 % et la présence de deux réserves autochtones (Kitigan Zibi et Lac-Rapide).

3.3.5 Pontiac

- Population de 19 875 habitants, soit 5,8 % de la population de l'Outaouais ;
- Superficie de 14 295 km² (dont près de 10 000 km² non municipalisés) pour une densité de 1,4 habitants/km² ;
- Territoire en décroissance démographique avec une structure d'âge vieillissante (17,5 % de la population âgée de 65 ans et plus) ;
- 4 793 chalets sur le territoire, avec une croissance potentielle de 11 800 personnes pour services ponctuels au cours de la période estivale ;
- Fortement caractérisé par sa dualité linguistique (53,5 % de la population de langue anglaise).

4 ÉVOLUTION DE LA TRAUMATOLOGIE EN OUTAOUAIS

4.1 ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Lors du premier cycle de visites, les établissements de la région ont été visités en octobre 1991. Les établissements suivants ont fait l'objet d'une désignation qui, pour plusieurs, était conditionnelle à la réalisation des améliorations recommandées :

- CH régional de l'Outaouais (CHRO²) : centre de traumatologie secondaire ;
- CH de Gatineau³, CH communautaire du Pontiac (CHCP⁴) et CH de Maniwaki⁵ : centres de traumatologie primaires ;
- CH Gatineau Mémorial (CHGM⁶) et CH de Buckingham⁷ : services de stabilisation médicale.

Au cours du 2^e cycle de visites pour le maintien des désignations qui s'est déroulé en octobre 1996, deux centres ont été retirés du réseau de traumatologie pour des raisons de non-conformité aux critères géographiques et chronométriques (situés à moins de 30 minutes d'un centre de traumatologie de niveau plus élevé), soit le CHGM et le CH de Buckingham. Les établissements suivants ont fait l'objet d'une reconduction ou d'une modification de leur désignation qui était, pour tous, conditionnelle à la réalisation des améliorations recommandées :

- CHRO : centre de traumatologie secondaire régional (adulte) ;
- CH de Gatineau : centre de traumatologie secondaire (pédiatrique et adulte) ;
- CHCP et le CH de Maniwaki : centres de traumatologie primaires.

En mai 1998, à la suite de la fusion du CHRO et du CH de Gatineau créant le CH des Vallées de l'Outaouais (CHVO), un avis du groupe-conseil en traumatologie recommandait d'orienter toute la clientèle traumatique pédiatrique et adulte au centre de traumatologie secondaire régional. De ce fait, le pavillon de Gatineau était retiré du réseau de traumatologie. Toutefois, pour des raisons organisationnelles, le CSSS de Gatineau – Hôpital de Gatineau a continué à recevoir des enfants victimes de traumatismes majeurs. Cependant, cette orientation a récemment fait l'objet d'une révision et une directive a été émise précisant que la clientèle pédiatrique doit, elle aussi, être dorénavant dirigée vers le centre secondaire régional. Cette directive devrait être actualisée sous peu, le temps d'en informer tous les intervenants impliqués.

Dans le cadre du 3^e cycle de visites d'évaluation visant la consolidation du réseau, le groupe-conseil visitait, en avril 2004, les trois centres de traumatologie désignés de la région.

En ce qui concerne la désignation du CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac comme centre primaire, celle-ci était maintenue et une seule amélioration mineure était demandée.

Par contre, en ce qui a trait au CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, le groupe-conseil recommandait de surseoir à la décision de maintenir la désignation comme centre primaire de traumatologie, et ce, jusqu'à la réalisation complète du plan d'action proposé. Une visite de réévaluation a eu lieu en décembre 2004 et le groupe-conseil recommandait de reconduire la désignation comme centre primaire avec l'obligation d'actualiser une série de mesures.

² Aujourd'hui le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull

³ Aujourd'hui le CSSS de Gatineau – Hôpital de Gatineau

⁴ Aujourd'hui le CSSS du Pontiac – Hôpital du Pontiac

⁵ Aujourd'hui le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau – Centre hospitalier

⁶ Aujourd'hui le CSSS des Collines – Hôpital Mémorial de Wakefield

⁷ Aujourd'hui le CSSS de Papineau – Hôpital de Papineau

Pour le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull, le groupe-conseil recommandait de maintenir la désignation du centre de traumatologie secondaire régional avec toutefois quelques correctifs à apporter à sa programmation.

Donc, dans la région, trois urgences sur huit ont une désignation comme centre de traumatologie alors que les cinq autres sont des centres receveurs qui peuvent recevoir des cas de traumatologie majeure instable, lesquels doivent être transportés vers le centre receveur le plus près. Pour ces cas, ces centres sont alors considérés comme des centres de stabilisation médicale et, par conséquent, ils doivent traiter ces cas en tant que tels. Ainsi, le délai d'intervention ne doit pas excéder dix minutes et, si nécessaire, ils doivent prévoir une escorte médicale auprès de la victime traumatisée à risque lors du transfert vers un centre de traumatologie désigné.

En ce qui a trait à la clientèle pédiatrique, il est important de mentionner qu'en avril 2005, il y a eu signature d'une entente de services en traumatologie pédiatrique entre les cinq CSSS de l'Outaouais et le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). Cette entente de services est un mécanisme administratif et de partenariat convenu entre les organisations concernées pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique (15 ans et moins) ayant subi un traumatisme majeur ou craniocérébral modéré ou grave.

Cette entente spécifie que toutes les salles d'urgence de la région de l'Outaouais, nonobstant leur désignation dans le réseau de traumatologie tant pour la clientèle adulte que pédiatrique, sont considérées comme des centres de stabilisation eu égard aux enfants de 15 ans et moins ayant subi un traumatisme majeur ou craniocérébral modéré ou grave alors que CHEO agit comme centre de traumatologie de référence et de niveau tertiaire pour l'ensemble des hôpitaux de l'Outaouais. Les services visés sont les services préhospitaliers d'urgence, les services de soins aigus et de réadaptation précoce ainsi que les services de réadaptation. Les enfants âgés de 16 et 17 ans ayant subi un traumatisme majeur ou craniocérébral modéré ou grave sont pris en charge par le réseau de traumatologie adulte selon les protocoles établis.

Le tableau 4 dresse le portrait des urgences ainsi que de leur statut comme centre de traumatologie pour la clientèle adulte et précise leur niveau de fonctionnalité pour la clientèle pédiatrique tel que décrit précédemment.

Tableau 4 : Portrait des urgences de la région de l'Outaouais

Établissement	Installation	Niveau de la désignation Clientèle adulte (16 ans et plus)	Niveau de fonctionnalité Clientèle pédiatrique (15 ans et moins)
CSSS de Gatineau	Hôpital de Hull	Secondaire régional	Centre de stabilisation
	Hôpital de Gatineau	Aucune	Centre de stabilisation
CSSS du Pontiac	Hôpital du Pontiac	Primaire	Centre de stabilisation
	CLSC Fort-Coulonge	Aucune	Centre de stabilisation
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	Centre hospitalier	Primaire	Centre de stabilisation
CSSS de Papineau	Hôpital de Papineau	Aucune	Centre de stabilisation
	CLSC Petite-Nation	Aucune	Centre de stabilisation
CSSS des Collines	Hôpital mémorial de Wakefield	Aucune	Centre de stabilisation

4.2 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES AUX VICTIMES DE TCC

Le premier cycle de visites pour les établissements de la région offrant des services aux personnes victimes de TCC a eu lieu en octobre 1999. Le CHVO (Pavillon de Hull) et le Centre régional de réadaptation (CRR) La RessourSe ont fait l'objet d'une visite.

Le groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation/soutien à l'intégration) a recommandé le CHVO (Pavillon de Hull) comme centre de neurotraumatologie offrant des services (volet santé physique) à la clientèle TCC adulte avec maintien conditionnel.

Il recommandait aussi le CRR La RessourSe comme centre offrant des services (volet réadaptation) de niveau « 2 » à la clientèle TCC adulte avec maintien conditionnel et de surseoir à la désignation comme centre offrant des services (volet réadaptation) à la clientèle TCC enfant, compte tenu de l'absence de lignes directrices ministérielles pour cette clientèle, et ce, tant que le portrait provincial de cette clientèle n'aura pas été complété.

Lors de la deuxième visite du groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation/soutien à l'intégration) en février 2003, ce dernier recommandait la désignation du CHVO – Pavillon de Hull, du CRR La RessourSe en collaboration avec l'Association des neurotraumatisés – Région de l'Outaouais (ANO) (association des usagers) comme consortium d'établissements offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave.

En ce qui a trait à la clientèle enfants/adolescents, le groupe-conseil demandait que le modèle d'organisation régionale des services en traumatologie pour cette clientèle soit révisé. Dans le cadre des travaux relatifs à l'organisation de ces services, un premier jalon a été posé avec la signature de l'entente citée précédemment. Des travaux sont à venir afin de compléter le volet « réadaptation et insertion sociale » pour cette clientèle.

En juillet 2006, le MSSS informait les agences que ce dernier entreprendrait, dès l'automne 2006, le 2^e cycle d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave. Pour la région, les rencontres ont eu lieu à la fin avril 2007.

Suite à cette visite, le groupe-conseil recommandait de surseoir à toute décision concernant le maintien de la désignation du consortium, et ce, jusqu'à ce que l'ensemble de la documentation demandée soit fourni au groupe de suivi ministériel en traumatologie. Une visite ministérielle est de nouveau prévue pour la mi-mai 2008.

5 MÉCANISMES DE CONCERTATION

En 2001, le MSSS a fait une mise à jour du document intitulé *Les mécanismes de concertation en traumatologie* dans lequel on retrouve l'ensemble des mécanismes de communication et de concertation mis en place par ce dernier et à mettre en place dans les régions afin de permettre de relier tous les intervenants, les administrateurs et les cliniciens concernés dans la mise en place, l'amélioration et le maintien du CST. Dans cette section, seuls les comités s'appliquant à la région y sont décrits.

5.1 COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE

5.1.1 Mandat

Ce comité relevant de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (Agence) a pour mandat, entre autres, d'élaborer un Programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme,; de superviser l'implantation et d'assurer le suivi du Programme régional de traumatologie, de voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux, de s'assurer de l'existence des protocoles de transferts requis, et finalement, de recevoir et d'assurer l'implantation des recommandations découlant des visites des groupes-conseil en traumatologie (voir l'annexe 5).

5.1.2 Composition

Le comité se compose des personnes suivantes :

- Représentant(s) de chacun des hôpitaux désignés ;
- Représentant(s) des services préhospitaliers d'urgence ;
- Représentant(s) de l'Agence ;
- Représentant(s) de CSSS mission CLSC ;
- Représentant(s) des services de réadaptation ;
- Représentant(s) des services de soutien à l'intégration (autre que mission CLSC) ;
- Représentant des usagers.

Au besoin, les membres du comité se réservent le privilège d'inviter certaines personnes ressources afin de faciliter les travaux du comité.

Mesure # 1 :

Afin d'assurer un leadership régional et un suivi du Programme régional de traumatologie, le comité régional doit se réunir au moins quatre fois par année.

5.2 COMITÉS LOCAUX

5.2.1 Mandat

Les trois centres désignés de la région ont mis en place leur comité local. Ce comité relève du directeur des services professionnels ou d'une personne déléguée par ce dernier. Il a pour principal mandat de :

- Assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un registre des traumatismes ;
- Contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux traumatisés ;
- Assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies ;
- Assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie ;
- Assurer le suivi des recommandations déposées par le groupe-conseil en traumatologie à la suite des visites d'évaluation de la performance de l'établissement ;
- Assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatisme ;
- Assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont).

5.2.2 Composition

Tous les intervenants impliqués en traumatologie peuvent siéger au comité local. À titre indicatif, les personnes suivantes sont appelées à y participer :

- Directeur des services professionnels ou son représentant ;
- Médecin responsable du comité local ;
- Médecin de l'urgence ;
- Infirmière responsable des lits de traumatologie ;
- Infirmière responsable de l'urgence ;
- Infirmière de liaison en traumatologie ;
- Infirmière responsable du bloc opératoire ;
- Chef des techniciens en radiologie ;
- Responsable des services de réadaptation ;
- Pharmacien ;
- Représentant du secteur préhospitalier ;
- Médecins représentant les disciplines concernées directement par la traumatologie ;
- Archiviste responsable du registre des traumatismes ;
- Autres intervenants concernés au besoin.

Mesure # 2 :

Afin d'assurer le leadership et le suivi du Programme local de traumatologie, chaque comité local doit se réunir au moins quatre fois par année et le responsable de chaque comité local doit transmettre à l'Agence une copie des comptes rendus des rencontres.

5.3 COMITÉ STRATÉGIQUE CONSORTIUM TCC

Il importe aussi de mentionner qu'il existe dans la région un comité additionnel, lequel a fait l'objet de changement au cours des années. Ce comité avait été mis en place pour réaliser le déploiement du consortium d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC ainsi que pour assurer le suivi de ce déploiement. Le dernier changement effectué date du 1^{er} mai 2007. Ce changement avait comme principal objectif de répondre à une des recommandations émise par le groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation / soutien à l'intégration) qui était de redéfinir et de mettre en place des structures de concertation tant stratégique, qu'opérationnelle. À cet égard, un comité clinique / opérationnel a été mis en place et il se rapporte au comité stratégique Consortium TCC.

5.3.1 Mandat du comité

Ce comité doit assurer la consolidation, le fonctionnement et le suivi du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave, et ce, en fonction du mandat dévolu au consortium (voir annexe 6). Ce comité fait rapport au comité régional de traumatologie.

5.3.2 Composition

- Représentants de l'Agence ;
- Représentants du CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull ;
- Représentant de la mission CLSC, soutien à domicile (SAD) ;
- Représentants du CRR la RessourSe ;
- Représentant de l'ANO.

Mesure # 3 :

Afin d'assurer un leadership et un suivi du continuum de services offerts aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave et leurs proches, le comité stratégique Consortium TCC doit se réunir au moins trois fois par année.

6 DONNÉES SUR LES TRAUMATISMES

6.1 TRAUMATISMES AU QUÉBEC

Dans le dernier portrait de santé portant sur la population du Québec publié en 2006 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), on mentionne qu'entre 2000 et 2003, il y a eu environ 1 900 décès par année, soit 4 % de l'ensemble des décès attribuables aux traumatismes non intentionnels. De plus, entre 2000 et 2004, ces décès ont occasionné plus de 50 000 hospitalisations annuellement, lesquelles représentent environ 9 % de toutes les hospitalisations. En outre, les chutes accidentelles (22 275) et les occupants des véhicules à moteurs (3 252) représentent plus de 50 % de tous les cas de traumatismes non intentionnels. Il est à noter que malgré que le taux d'hospitalisation des cas de traumatismes non intentionnels ait diminué d'environ 12 % depuis le début des années 1990, la proportion de ces cas, sur l'ensemble des hospitalisations, a augmenté puisqu'il était de 7,5 %, il y a 15 ans. Par ailleurs, le nombre de traumatismes chez les occupants de véhicules à moteurs a fortement diminué (- 31 %), tandis que celui des chutes accidentelles, lesquelles touchent essentiellement les personnes âgées, n'a pratiquement pas bougé (- 2 %) (INSPQ et coll., p. 64-66).

De plus, durant cette même période, le taux de mortalité lié à l'ensemble des traumatismes non intentionnels a légèrement diminué. Toutefois, certaines catégories ont augmenté, comme par exemple, les décès liés aux chutes accidentelles.

Dans cette section, il serait difficile de passer sous silence la situation touchant le suicide qui se retrouve dans la catégorie des traumatismes intentionnels avec les homicides. De 2000 à 2004, le Québec a affiché le plus haut taux de suicide, soit 16,5 par 100 000 habitants, comparativement à 11,3 pour l'ensemble du Canada. Entre 2000 et 2003, environ 1 300 personnes par année se sont enlevées la vie.

6.2 TRAUMATISMES SUBIS PAR LA POPULATION DE L'OUTAOUAIS

Toujours selon les données du dernier portrait de santé de 2006 de l'INSPQ, environ 70 personnes parmi la population de l'Outaouais décèdent chaque année et 2 500 sont hospitalisées des suites de traumatismes non intentionnels. En ce qui a trait au suicide, près d'une soixantaine de personnes s'enlèvent la vie chaque année.

De plus, selon les données du fichier de décès du Québec, au cours des vingt dernières années, il y a eu, bon an mal an, près de 140 décès par année reliés à l'ensemble des traumatismes (intentionnels et non intentionnels), ce qui représente un peu plus de 7 % de l'ensemble des décès (voir annexe 7). À partir des données disponibles, entre 1998 et 2002, il y a eu environ 8 décès survenus en Ontario sur ce total de 140.

Il est à souligner que le nombre de décès reliés aux transports a légèrement diminué et est passé de 45 par an au milieu des années 1980 pour se stabiliser à une trentaine depuis la fin des années 1990. Malheureusement, cette diminution a été contrebalancée par une augmentation du nombre de suicides qui est passé d'une cinquantaine à près d'une soixantaine par année durant la même période.

Malgré que la problématique du suicide ne fasse l'objet de mesure spécifique en traumatologie, il importe de mentionner que plusieurs mesures en prévention du suicide sont prévues ou en cours dans la région. En conformité au *Programme national de santé publique 2002-2012* (PNSP) du

MSSS, les CSSS et leurs partenaires, avec la collaboration de l'Agence, s'assurent, sur leur territoires, de l'organisation d'activités de sensibilisation, du maintien et de l'actualisation d'un outil de prévention des suicides et des homicides par armes à feu visant à limiter l'accès aux armes à feu ainsi que de l'implantation de réseaux de sentinelles.

De plus, en matière de crise et crise suicidaire, des ententes de services ont été élaborées dans la région de l'Outaouais entre les partenaires, afin d'assurer une continuité de services et un suivi médical et/ou psychosocial qui permet à la personne en crise de retrouver un meilleur contrôle sur sa vie. L'Agence s'assurera que les CSSS procéderont à la révision de ces ententes, notamment, en territoire urbain, en mettant l'accent sur les rôles et responsabilités de chacun des partenaires dans le cadre de l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q. c. P-38.001) ainsi que sur le plan des mesures de suivi afin de prévenir toute récidive. En plus, l'Agence s'assure d'un suivi étroit de l'actualisation des recommandations issues des rapports de coroner dans les cas de décès par suicide auprès des partenaires concernés.

6.3 BILAN ROUTIER EN OUTAOUAIS

Une source de données non négligeable dans le cadre du présent dossier est le bilan routier annuel produit par la SAAQ dans lequel on retrouve une série de tableaux de données provinciales et régionales sur le nombre d'accidents et de victimes. À partir de ce dossier statistique, il est ainsi possible de dresser le bilan routier de la région. Il est à noter que depuis 1999, le bilan annuel exclut les données sur les accidents survenus hors réseau et ne reflète donc que les événements liés au réseau routier du Québec. Malgré cela, il importe de connaître le bilan routier de la région.

Dans le dernier rapport disponible, soit celui de 2005, il est mentionné que les accidents de véhicules routiers avec dommages corporels ont connu une augmentation de 4,2 % au Québec par rapport à l'année précédente. Par rapport à la moyenne des cinq années précédentes, l'augmentation est de 9,7 % et est donc plus importante. Ces accidents ont fait 58 626 victimes, soit 2 084 de plus que l'année précédente. Parmi ces victimes, 704 sont décédées (+ 9,3 %) et 6 397 ont été blessées grièvement (+ 5,9 %). Il est intéressant de souligner que le nombre de décès avait atteint un sommet historique de 2 209 en 1973 et qu'il était encore très élevé en 1978, soit de 1 765 décès. Toutefois, comparé à l'année 2005 où le nombre de décès a été de 704, cela représente, par rapport à 1978, une diminution de 60 % alors que durant cette même période, le nombre de titulaires de permis de conduire a augmenté de 53 %, et celui des véhicules en circulation, de 80 % (SAAQ : 2006, p. 3).

Selon les données disponibles pour la région, le bilan, sur un peu plus de vingt ans (1984-2005, voir annexe 8), suit la même tendance. En effet, le nombre de décès est passé de 68 en 1984 à 41 en 2005 pour une diminution d'environ 40 %. Toutefois, le nombre de décès survenus au cours de la dernière année est largement supérieur aux nombres de décès survenus au cours des dix dernières années dont la moyenne annuelle a été de 30 décès. Donc, comparé aux années antérieures, la diminution a également été de 60 %. Quant aux victimes de blessures graves, la diminution a été de l'ordre de 15 % entre 1984 et 2005. Pour l'ensemble des accidents avec dommages corporels, la diminution a, elle aussi, été de l'ordre de 15 % durant cette même période.

Le tableau 5 dresse le portrait des accidents survenus dans la région, de même que le nombre de victimes de ces accidents pour les années 2003, 2004 et 2005. Malgré une diminution du nombre total d'accidents en 2005 de l'ordre de 3 %, qui contraste avec la moyenne québécoise, le nombre

d'accidents mortels (+ 55 %) et graves (+ 4 %), le nombre de décès (+ 52 %) et le nombre de victimes avec blessures graves (+ 5 %) ont augmenté, et ce, de façon marquée en ce qui a trait au nombre d'accidents graves et de victimes.

Tableau 5 : Nombre d'accidents selon la nature des dommages survenus dans la région de l'Outaouais et nombre de victimes selon la nature des blessures

	2003	2004	2005
Nombre d'accidents mortels	25	22	34
Nombre de victimes décédées	27	27	41
Nombre d'accidents graves ⁸	237	231	241
Nombre de victimes avec blessures graves ⁹	308	306	321
Nombre d'accidents légers	1 355	1 320	1 327
Nombre de victimes avec blessures légères ¹⁰	2 028	1 968	1 915
Nombre total d'accidents	7 665	7 672	7 431

6.4 REGISTRE DES TRAUMATISMES DU QUÉBEC (RTQ)

Depuis le 1^{er} avril 1998, les établissements hospitaliers désignés, à l'exception des services de stabilisation, qui sont actuellement au nombre de cinquante-neuf au Québec, sont tenus de saisir les données concernant les victimes de traumatismes graves dans l'application locale du RTQ, conformément au *Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs* (R.R.Q., c.S4.2, r.9). De plus, il s'agit d'une condition au maintien de leur désignation. Ces données sont par la suite transmises à la banque centrale de la RAMQ qui s'est vu confier par le MSSS en 2000 la responsabilité d'entreposer et d'exploiter les données contenues dans cette banque d'information. (MSSS : 2005, p. 1.5 et 1.6).

Les critères d'admissibilité pour saisir les données dans le RTQ sont (MSSS : 2005a, p. 2.1) :

- Tous les cas admis pour 3 jours et plus ;
- Tous les décès admis ou inscrits (incluant la pendaison) ;
- Tous les cas admis à l'unité des soins intensifs (USI) ;
- Tous les cas admis qui ont été transférés ou référés d'un autre établissement ;
- Tous les patients transférés ou référés à partir d'un autre centre et qui sont admis en chirurgie d'un jour (CDJ) (MSSS : 2005a, p. 2.25).

Selon les codes de CIM-9-CM (voir annexe 9 pour plus de détails) :

- 800 – 904.9
- 910 – 929.9
- 950 – 959.9
- 990 – 995.8

⁸ Au moins une victime est hospitalisée

⁹ Nécessite l'hospitalisation de la victime

¹⁰ Ne nécessitant pas l'hospitalisation de la victime

Il est à noter qu'à compter du 1^{er} avril 2006, les données seront saisies selon les codes CIM-10-CA (voir annexe 9 pour plus de détails) toujours selon les mêmes critères d'admissibilité :

- S00 – T14.9
- T66 – T79.9

Les situations suivantes, même si elles sont considérées comme des traumatismes, sont toutefois exclues de la banque de données centrale :

- Les cas d'intoxication ;
- Les cas de noyade ;
- Les cas d'électrocution ;
- Les brûlures primaires et les engelures (s'il s'agit du principal diagnostic) ;
- Les admissions secondaires à une complication (séquelle) due à un traumatisme tel que : mal union de fracture, infection, cellulite, dislocations congénitales ou récurrentes, instabilités articulaires non récentes, etc. ;
- Les admissions non justifiées par un diagnostic de traumatismes requérant des soins aigus ou autres traitements.

6.4.1 Objectifs et nature des données (MSSS : 2005a, p. 1.6).

L'application locale est avant tout un outil d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux victimes de traumatismes. Elle sert aussi à dresser un portrait des victimes et des soins qui leur sont prodigués. Elle permet également d'effectuer un suivi longitudinal des victimes dans le réseau de la santé, d'évaluer la performance du réseau, de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des services offerts et de comparer les résultats obtenus avec les autres provinces et les autres pays.

L'analyse des informations qui y sont contenues peut permettre au comité local de traumatologie de cibler certaines problématiques cliniques ou fonctionnelles et d'y apporter les correctifs nécessaires. De plus, l'analyse des données permet d'effectuer plusieurs types de comparaisons locales, régionales, provinciales et internationales.

6.4.2 Inscriptions au RTQ

Dans la région, les trois centres désignés de traumatologie complètent le RTQ et, à partir de ces données, il a été possible de réaliser une série de tableaux (6 à 11) qui donnent un aperçu des volumes d'activité en traumatologie selon divers paramètres retenus. Pour fins d'analyse, les trois dernières années complètes ont été retenues, soit les années 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006, et ce, pour chacun des établissements désignés de la région.

La différence marquée pour le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull entre 2004-2005 et 2005-2006 aux tableaux 6 et 7 provient du fait que depuis le 1^{er} avril 2006 les patients transférés ou référés par un centre et admis pour une CDJ sont dorénavant inscrits au RTQ. En plus, il y a eu, en octobre 2005, le transfert des services d'orthopédie de l'Hôpital de Gatineau à l'Hôpital de Hull, lesquels sont exclusivement dispensés dans cette installation. Pour ces raisons, il n'est pas possible de commenter ces deux tableaux.

Tableau 6 : Nombre de cas inscrits au RTQ et nombre de transferts reçus

Établissement	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	Cas inscrits	Transferts reçus	Cas inscrits	Transferts reçus	Cas inscrits	Transferts reçus
CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull	450	154	476	181	690	406
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau - CH	27	0	21	1	19	0
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	10	0	10	5	5	1
Total pour la région	487	154	507	187	714	407

Tableau 7 : Provenances les plus fréquentes au CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull

Établissement	2003-2004	2004-2005	2005-2006
CSSS de Gatineau - Hôpital de Gatineau	16	13	137
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau - CH	54	42	54
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	26	39	44
CSSS de Papineau - Hôpital de Papineau	27	33	60
CSSS les Collines - Hôpital Mémorial de Wakefield	15	16	56
Total de transferts	138	143	351

Au tableau 8, pour le CSSS de Gatineau, le nombre de victimes de traumatisme ayant un ISS de 15 et plus est légèrement inférieur à la moyenne provinciale. Cela pourrait peut être s'expliquer, en partie, par le fait que plus de 40 000 québécois traversent chaque jour les ponts de la rivière des Outaouais pour aller travailler en Ontario, plusieurs travaillant pour la fonction publique fédérale. Par ailleurs, une des voies principales pour se déplacer vers Montréal est située en Ontario, soit l'autoroute 417, et dans une moindre mesure la route 17. Il est toutefois difficile de quantifier le nombre de victimes de la route (décès et hospitalisations survenant en Ontario) mais cela a un impact certain sur le nombre total de victimes en Outaouais. On remarque aussi que le nombre de cas a légèrement diminué au cours des trois dernières années ainsi que le ISS moyen. Pour les deux centres primaires désignés, compte tenu du nombre peu élevé, il est difficile de commenter ces résultats.

Tableau 8 : ISS des établissements de la région comparée à l'ensemble des centres de la province et de même catégorie

Établissement	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	ISS > 15	ISS moyen	ISS > 15	ISS moyen	ISS > 15	ISS moyen
CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull	108	12,5	84	11,5	101	10,1
Ensemble des centres secondaires régionaux	120,3	10,3	120,8	10,4	122,8	10,1
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau – CH	9	7,9	4	16,4	3	5,7
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	2	10,5	1	9,3	0	5,6
Ensemble des centres primaires	7,6	8,7	7,0	8,6	5,9	7,7

Tableau 9 : Durée moyenne de séjour (DMS)

Établissement	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	Urgence (heures)	Admis (jours)	Urgence (heures)	Admis (jours)	Urgence (heures)	Admis (jours)
CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull	15,0	14,7	13,5	13,7	19,1	11,3
Ensemble des centres secondaires régionaux	10,6	12,5	11,0	11,7	11,8	10,6
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau - CH	6,5	11,0	6,9	11,8	6,9	11,8
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	6,1	8,7	14,2	20,9	11,7	27,5
Ensemble des centres primaires	11,5	11,7	12,3	12,9	12,0	12,1

Malgré que l'on puisse noter une légère amélioration de la DMS des hospitalisations pour le CSSS de Gatineau, la DMS à l'urgence a augmenté de façon non négligeable en 2005-2006 alors qu'elle avait diminué en 2004-2005 par rapport à 2003-2004. Pour ces deux indicateurs, l'établissement se situe au-dessus de la moyenne provinciale. En ce qui a trait aux deux centres primaires, le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau se situe au-dessus de la moyenne provinciale alors que le CSSS du Pontiac a connu une détérioration marquée de ces deux indicateurs au cours de ces trois dernières années.

Tableau 10 : Nombre de décès

Établissement	2003-2004			2004-2005			2005-2006		
	Arrivée urgence	Sortie urgence	Après admission	Arrivée urgence	Sortie urgence	Après admission	Arrivée à urgence	Sortie urgence	Après admission
CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull	10	12	20	13	15	32	18	19	17
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau - CH	6	7	2	4	1	2	4	4	1
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	7	11	2	0	1	1	1	1	0
Sous-total pour la région	23	30	24	17	17	35	23	24	18
Total pour la région	77			69			65		

On note que sur les 140 personnes de l'Outaouais qui décèdent chaque année des suites de traumatismes, près de la moitié ont été amenées dans l'un des trois centres désignés de traumatologie.

Tableau 11 : Nombre de TCC et nombre de résultats à l'échelle de coma de Glasgow (GCS) égal ou inférieur à 8

Établissement	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	Total	GCS ≤ 8	Total	GCS ≤ 8	Total	GCS ≤ 8
CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull	75	15	52	13	78	18
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau – CH	7	1	2	2	2	1
CSSS du Pontiac - Hôpital du Pontiac	0	0	0	0	1	1
Total pour la région	82	16	54	15	81	20

À titre d'information, l'échelle de coma de Glasgow permet de quantifier et de qualifier l'impact d'une perte de conscience. Cette échelle évalue l'état de conscience à travers trois paramètres : l'ouverture des yeux (Y) et les meilleures réponses verbales (V) et motrices (M) (voir annexe 10) (SAAQ : 2001, p. 58). L'indice obtenu (Y+V+M) varie entre 3 et 15. Plus l'indice est petit, plus le TCC est grave.

Le tableau 11 est à titre indicatif, car cette clientèle fait l'objet d'une programmation spécifique dans laquelle on retrouve une analyse détaillée de celle-ci.

Mesure # 4 :

Afin de permettre un suivi adéquat du réseau régional de traumatologie, chaque établissement de santé désigné doit compléter le RTQ conformément aux directives émises, et ce, de façon rigoureuse, le plus près possible de l'épisode de soins des individus concernés ;

Sous la responsabilité du comité local, une gestion active des résultats du RTQ doit être réalisée pour fins d'analyse et de discussion dans le but d'en dégager des observations significatives en terme d'amélioration continue des services offerts, et ce, conformément au Programme d'assurance qualité établi dans chacun des établissements désignés. Un bilan annuel de cette activité doit être déposé au comité régional de traumatologie.

PARTIE III : CONTINUUM RÉGIONAL DE SOINS ET DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

7 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le continuum régional doit intégrer l'ensemble des soins et des services allant de la prévention des blessures d'origine traumatique jusqu'aux services de maintien dans la communauté des personnes victimes de traumatismes majeurs. Les principes généraux suivants doivent guider l'actualisation et la mise en place du continuum.

- La promotion de comportements sécuritaires, la prévention des blessures, la prise en charge, la stabilisation, le traitement, la réadaptation, le suivi et la réinsertion sociale des traumatisés majeurs doivent faire partie d'un processus complet, cohérent et continu ;
- Le continuum doit favoriser la concentration des blessés graves dans un nombre restreint de centres de traumatologie désignés afin de créer une masse critique d'interventions favorisant le développement et le maintien de l'expertise ;
- Le continuum nécessite l'engagement de tous les partenaires concernés ;
- Le continuum nécessite une collaboration étroite entre les SPU, les établissements hospitaliers, les centres de réadaptation, la communauté et les instances régionales pour :
 - Promouvoir les comportements sécuritaires ;
 - Prévenir les blessures ;
 - Assurer une prise en charge précoce des victimes de traumatisme ;
 - Élaborer et appliquer les protocoles de prise en charge et de transferts interétablissements régionaux et extrarégionaux au besoin ;
 - Assurer sans délai la réadaptation précoce et fonctionnelle intensive des victimes de traumatisme ;
 - Assurer la réinsertion sociale rapide des patients ;
 - Assurer l'évaluation de la qualité des soins et des services par le développement et le suivi d'indicateurs de performance pour chacune des composantes.
- Le continuum doit favoriser la qualité, la rapidité et la continuité des interventions à chaque niveau de l'organisation, tant à l'urgence, au bloc opératoire, à l'unité des soins intensifs, qu'au laboratoire, en imagerie médicale, en réadaptation précoce et spécialisée ;
- Les corridors d'accès et les procédures de transfert doivent être fluides et automatiques, non négociables, et suffisamment souples pour répondre aux imprévus et aux singularités de certaines situations. Ces ententes doivent être signées et les corridors doivent être bidirectionnels ;
- Sauf exception, les transferts de patients doivent faire l'objet de discussions entre les urgentologues concernés, sans qu'il soit nécessaire de négocier la pertinence du transfert.

8 SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Les initiatives du PNSP 2003-2012 se basent sur l'importance d'agir en amont des problèmes de santé dans la population et énumèrent, par le fait même, les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années, afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé.

Les traumatismes non intentionnels se retrouvent parmi les domaines d'intervention choisis dans ce programme et ils sont définis comme étant le domaine qui « *regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables* » (MSSS : 2002b, p. 55).

D'ici 2012, le PNSP vise à (MSSS : 2002b, p. 58) :

- Réduire de 30% le nombre de décès observé chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route ;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile ;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

À la suite du PNSP, l'Agence s'est dotée d'un Plan d'action régional (PAR) 2004-2007, qui doit être conforme au PNSP, mais adapté aux besoins régionaux. La présente section fait un bref état de situation portant sur les principales mesures et activités de promotion et de prévention pour les traumatismes non intentionnels.

8.1 TRAUMATISMES ROUTIERS

Le PAR indique que malgré que les taux de décès par collisions impliquant des véhicules à moteur, par empoisonnements et par autres « *traumatismes en Outaouais soient relativement moins élevés qu'ailleurs au Québec, on peut toutefois souligner l'importance des décès par traumatismes routiers la circulation dans les districts ruraux de la Petite-Nation, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac* » (Régie régionale : 2003 ; p. 31). En effet, en Outaouais, les collisions impliquant des véhicules à moteur sont la première cause de mortalité des traumatismes non intentionnels (Régie régionale : 2002 ; p. 14) (voir annexe 7).

Malgré cela, tel que mentionné à la section 6.3, il faut rappeler que depuis près de vingt ans, lors de collisions sur la route impliquant des véhicules à moteur, le nombre de décès a diminué de façon marquée tant au Québec qu'en Outaouais. Dans la *Politique de sécurité dans les transports 2001-2005 – Volet routier* du ministère des Transports du Québec (MTQ) et de la SAAQ, on mentionne que :

« la diminution à la baisse s'explique par les campagnes de sensibilisation aux problèmes d'alcool au volant et de la vitesse excessive, la surveillance policière accrue, la hausse significative du port de la ceinture de sécurité, ainsi que par l'entrée en vigueur en 1997 des mesures découlant de l'adoption du projet de loi 12 sur la conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool, la conduite durant sanction et l'accès graduel à la conduite. De même, plusieurs mesures visant à accroître la sécurité de l'infrastructure routière ont été mises en œuvre, notamment, la correction de sites où on enregistre un nombre élevé d'accidents (p. III) ».

8.1.1 Dispositif de retenue pour enfants

Des activités de promotion de l'utilisation du siège d'auto sont offertes régulièrement aux clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité (SIPPE) et des services universels, dans tous les CSSS.

Cible : enfants 0-9 ans

État de la situation :

La promotion de l'utilisation des dispositifs de retenue pour enfants se fait dans l'ensemble des territoires de CSSS de la région dans différents contextes d'intervention, selon la localité : rencontres prénatales, période d'accouchement, visites postnatales, ateliers de compétences parentales, cliniques d'allaitement et vaccination.

Les méthodes d'intervention utilisées sont adaptées selon la clientèle visée, SIPPE ou le service universel. La remise de dépliants et l'enseignement vise l'ensemble des parents des services de périnatalité et petite enfance. Tous les intervenants des CSSS en périnatalité et petite enfance font la promotion des sièges d'auto et, dans certains cas, l'installation du dispositif. Certains territoires de CSSS collaborent avec les partenaires du réseau, les policiers, le service d'incendie et les garages certifiés par la SAAQ, pour la vérification et l'installation des sièges d'auto, les parents étant référés aux spécialistes.

À l'instar du Québec, plusieurs efforts en prévention des traumatismes routiers, par la promotion du siège d'auto, sont mis de l'avant dans la région. En effet, la majorité (94 %) des parents au Québec utilisent un bon siège d'auto pour leurs enfants. Toutefois, les données de 2003 de la SAAQ indiquent que seulement 46 % l'installent adéquatement (SAAQ, MSSS, INSPQ : 2006, p. 30). Il faut donc s'assurer que nos activités de promotion incluent la vérification et l'installation correctes du dispositif de retenue par des gens formés.

Mesure # 5 :

Que la Direction de santé publique de l'Agence soutienne la promotion de l'utilisation correcte du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, notamment, par une étroite collaboration entre les CSSS et ses partenaires, afin de favoriser l'accès pour les parents aux spécialistes du dispositif de retenue.

Au Québec, l'utilisation d'un dispositif de retenue pour enfant est obligatoire dans un véhicule moteur pour les enfants mesurant moins de 63 cm en position assise. L'âge de l'utilisation du dispositif de retenue peut donc aller jusqu'à 9 ans. Selon une étude de SécuritéJeunes Canada réalisée en 2004, le taux d'utilisation des sièges d'appoint par les 4-9 ans, comme déclaré par les parents, ne serait que de 28 %, ce qui confirme l'utilisation trop précoce de la ceinture de sécurité dans l'ensemble du Canada (SAAQ, MSSS, INSPQ : 2006, p. 32). Les interventions régionales actuelles de promotion du siège d'auto ciblent la clientèle SIPPE et la clientèle universelle, en périnatalité et petite enfance. La promotion de l'utilisation du siège d'appoint par les 4-9 ans ne fait pas l'objet d'interventions ciblées. Il faut s'assurer de la mise en place d'un continuum d'activités ciblant les enfants d'âge scolaire.

Mesure # 6 :

Que la Direction de santé publique se concerte avec les CSSS sur la possibilité de cibler les enfants d'âge scolaire par l'application d'un continuum d'activités afin de rejoindre les parents et les enfants à des moments clés, entre la grossesse et le temps où l'enfant peut utiliser la ceinture de sécurité.

8.1.2 Prévention de la conduite avec faculté affaiblies

Cible : jeunes 16 à 25 ans

État de la situation :

La consommation de cannabis chez les jeunes est préoccupante, d'autant plus lorsqu'elle est associée avec la conduite automobile. À ce titre, l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), en collaboration avec la SAAQ, a développé une formation pour outiller les intervenants afin qu'ils puissent planifier et animer des activités de prévention et de sensibilisation en regard de la conduite automobile sous influence du cannabis auprès d'une clientèle âgée entre 16 et 25 ans. Le 15 juin 2006, l'Agence a tenu une journée de formation ayant pour thème le cannabis au volant. Il est à noter que cette formation a été offerte à titre de projet pilote auprès d'une vingtaine de participants dans la région. Lors d'un suivi, un an après la formation, la majorité des participants soulèvent avoir apprécié la formation et les outils en soutien à des activités de sensibilisation. Ainsi, des ateliers de sensibilisation ont été donnés par des intervenants ayant participé à la formation, entre autres, en milieu scolaire. Cette formation doit d'abord être évaluée, et ce, en concordance avec l'Entente MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) – MSSS, avant d'être offerte de façon plus élargie.

Mesure # 7 :

Que la Direction de santé publique évalue la pertinence de redonner cette formation auprès d'intervenants, tant du réseau de la santé et des services sociaux que du milieu scolaire.

Cible : population en générale

État de la situation :

Un total de 613 collisions mortelles impliquant un véhicule à moteur sont survenues en Outaouais entre 1989 et 2006, dont 38 impliquant des véhicules hors réseau. Pour les accidents graves, on en retrouve 149 sur un total de 3 103 (Émond : 2007, p. 4). Même si la tendance à la baisse, des vingt dernières années, du nombre d'incidents graves sur nos routes se maintient, la prépondérance du taux de décès et de blessés graves dans le milieu rural se maintient aussi. Alors qu'entre 2002 et 2006 on note un taux de 4,37 (pour 100 000) victimes décédées dans le secteur urbain de Gatineau, ce taux est de 41,67 pour la Vallée-de-la-Gatineau, de 27,69 sur le territoire de la Petite-Nation et de 24,27 dans le Pontiac (Émond : 2007 ; p. 23). Les taux de victimes blessés gravement, par territoire rural-urbain, sont semblables. Les hommes et les jeunes se classent au premier rang des blessés. L'alcool demeure un facteur de risque majeur, alors que les collisions se produisent majoritairement la fin de semaine, tard le soir et tôt le matin.

Mesure # 8 :

Que la Direction de santé publique :

- Sensibilise les CSSS à la problématique des traumatismes routiers et au rôle des intervenants en prévention afin d'élaborer des interventions visant à réduire l'impact des traumatismes sur la population et le réseau de soins de santé.
- Explore la possibilité de travailler en intersectoriel avec les CSSS, en participant aux comités ou tables de concertation de la sécurité routière afin de promouvoir la sécurité et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies.

8.1.3 Prévention des traumatismes chez les conducteurs de véhicule hors route (VHR)

Cible : population en générale

État de la situation :

Le nombre d'hospitalisations de conducteurs de véhicule hors route (VHR) (inclut véhicule tout terrain (VTT) et motoneige) a augmenté de 25 % au Canada en un peu moins de 10 ans, passant de 3 296 en 1996-1997 à 4 104 en 2004-2005. Les hospitalisations liées à un accident de motoneige ont diminué de près de 20 % alors que les hospitalisations à la suite de blessures liées aux véhicules tout terrain ont augmenté de 66 %. Les données recueillies indiquent une ascension de 1 700 admissions en 1996-1997 à plus de 2 800 en 2004-2005 (ICIS : 2007).

On note un total de 44 accidents mortels en Outaouais impliquant un VHR entre 1989-2006 (Émond : 2007 : p. 31). Une table de concertation sur les VHR en Outaouais dont le mandat est de créer un réseau interrégional des sentiers permanents pour les motoneiges et les VTT d'ici le 1^{er} mai 2009 est présentement à l'œuvre. Les responsables de la planification du projet prendront en considération plusieurs critères dont la formation d'un comité de sécurité incluant les CSSS comme partenaires.

Mesure # 9 :

Que la Direction de santé publique soutienne les CSSS dans leur participation à la Table de concertation sur les VHR en Outaouais, dans la mise sur pied d'un comité de sécurité et dans leur contribution à l'identification des sites de sentiers dangereux.

8.1.4 Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs

État de situation :

Le Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs (GTSS) a été mis en place par la Ville de Gatineau suite à la publication du rapport du coroner concernant la noyade (mai 2003) d'un jeune garçon qui faisait du vélo sur un sentier récréatif de Gatineau. Le mandat de ce groupe est d'étudier les secteurs problématiques et de faire des recommandations au conseil municipal.

Le GTSS relève du Service d'urbanisme de la Ville de Gatineau et implique différents partenaires, dont :

- La Direction de santé publique (Kino-Québec) de l'Agence ;
- Divers services municipaux (police, ingénierie, opérations de terrain ainsi que sports, loisirs, et vie communautaire) de la Ville de Gatineau;
- La Commission de la capitale nationale (CCN) ;
- Le MTQ ;
- Divers organismes vélos ;
- Loisir sport Outaouais.

Le rapport du GTSS a été déposé au conseil municipal au printemps 2007. Le GTSS poursuit ses travaux, notamment, en lien avec le suivi des recommandations et l'élargissement de l'étude des secteurs problématiques à d'autres types de voies cyclables et piétonnières.

Mesure # 10 :

Que la Direction de santé publique maintienne son implication au sein du Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs de la Ville de Gatineau.

8.1.5 Développement de la Route verte

État de situation :

La Route verte est un itinéraire cyclo-touristique de 4 300 km à travers le Québec dont plus de 200 km situé en Outaouais (notamment, sur le territoire de la Ville de Gatineau, la MRC Papineau et la MRC Vallée-de-la-Gatineau). Des normes de sécurité rigoureuses doivent être respectées lors de la planification et de l'aménagement des voies cyclables. La Direction de santé publique, par l'entremise de Kino-Québec, participe aux travaux régionaux en siégeant au conseil d'administration de Vélo-route trans-Québec (organisme régional mandataire).

Bien que la Route verte ait été inaugurée officiellement au mois d'août 2007, certains tronçons inachevés demeurent toujours en construction. L'organisme Vélo-route trans-Québec poursuivra son travail pour assurer le parachèvement de la Route verte et verra à la réalisation des divers itinéraires régionaux qui pourront s'annexer au réseau pan-québécois de la Route verte.

Mesure # 11 :

Que la Direction de santé publique maintienne son implication dans le cadre des travaux de l'organisme Vélo-route trans-Québec.

8.1.6 Mon école à pied, à vélo

État de situation :

« Mon école à pied, à vélo » est un projet de Vélo Québec déployé en 2007-2008 dans quatre régions du Québec sous forme de projets pilotes. En Outaouais, quatre écoles de Gatineau (deux de la Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais et deux de la Commission scolaire des

Draveurs) prennent part au projet. Ces écoles bénéficient d'un appui financier et technique pour une période de trois ans afin de favoriser les déplacements sécuritaires des élèves à pied ou à vélo entre leur domicile et l'école.

Le déploiement régional est assuré conjointement par la Direction de santé publique (Kino-Québec), le programme Québec en forme ainsi que par l'organisme Loisir sport Outaouais. La démarche d'accompagnement des écoles comprend un volet de mobilisation et de sensibilisation du milieu scolaire de même que l'aménagement de mesures qui permettront de sécuriser davantage les corridors d'accès aux écoles. Le projet implique non seulement la direction et le personnel de l'école mais également la Ville de Gatineau par l'entremise de ses services de police et d'ingénierie.

Il est souhaité d'étendre le projet à d'autres écoles au cours des prochaines années.

Mesure # 12 :

Que la Direction de santé publique maintienne son implication dans le cadre du projet « Mon école à pied, à vélo » et voit à assurer un déploiement régional à plus grande échelle.

8.1.7 Aménagement de milieux de vie favorables à la pratique d'activités physiques

État de situation :

La Direction de santé publique, par l'entremise de son programme Kino-Québec, vise à sensibiliser les instances municipales à l'importance d'aménager des milieux de vie qui favoriseront l'adoption et le maintien d'un mode de vie physiquement actif. En s'appuyant sur le document « Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger » les décideurs des municipalités et des MRC sont invités à prendre connaissance des diverses composantes (incluant les aspects qui favorisent le sentiment de sécurité) qui permettront d'offrir à leurs citoyens des environnements physiques propices à la pratique d'activités physiques.

Le document susmentionné a été présenté, dans un premier temps, à quelques instances de la Ville de Gatineau. Il y a toutefois lieu d'étendre le travail de sensibilisation à d'autres décideurs de la Ville de Gatineau et des municipalités (MRC) outaouaises.

Mesure # 13 :

Que la Direction de santé publique poursuive les travaux de sensibilisation auprès des décideurs municipaux en lien avec l'aménagement de milieux de vie favorables à la pratique d'activités physiques en s'appuyant notamment, sur le document « Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger ».

8.2 PRÉVENTION DES CHUTES ET BLESSURES À DOMICILE

Les traumatismes à domicile sont une cause importante de blessures, entre autres, chez les tout-petits et les personnes âgées. La présente section porte respectivement sur ces deux clientèles.

8.2.1 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité et services universels

Cible : 0 à 5 ans

État de la situation :

En août dernier, un questionnaire d'évaluation des pratiques en prévention des traumatismes non intentionnels (TNI) fut distribué auprès des intervenants SIPPE et des services universels. Dans tous les CSSS, des activités de prévention des traumatismes sont faites auprès des services universels et des familles ciblées par les services intégrés en périnatalité et en petite enfance, soit lors des rencontres prénatales, des visites postnatales ou d'activités éducatives. Les familles SIPPE, qui reçoivent un service individualisé et personnalisé, à domicile, en prévention des TNI, sont celles des jeunes parents (moins de 20 ans) ou celles vivant dans des conditions d'extrême pauvreté (sous le seuil de faible revenu tel que défini par Statistique Canada). Ces activités prennent différentes formes, soit : remise de documentation, distribution du coffret « Bienvenue à votre vie de parent » ainsi que la vérification de la sécurité lors des visites postnatales.

Des recommandations découlent des discussions, suscitées par la problématique, auprès des intervenants et de l'analyse du questionnaire. La mesure qui suit met en lumière les démarches proposées par le comité consultatif en périnatalité et petite enfance, en prévention des TNI.

Mesure # 14 :

Que la Direction de santé publique collabore avec les CSSS à la formation d'un groupe de travail, afin de déterminer les pratiques en prévention des TNI qui sont à consolider et à développer dans les CSSS. Il s'agit aussi de promouvoir la mise en commun de stratégies prometteuses, la disponibilité d'outils promotionnels et le soutien à l'organisation d'une formation sur les TNI, adaptée à chaque territoire.

8.2.2 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS VIVANT À DOMICILE

Les chutes constituent le problème de santé le plus fréquent et le plus sérieux chez les personnes âgées de 65 ans et plus. On estime que 30 % de ces personnes font au moins une chute par année.

Le vieillissement accéléré de la population est aussi présent en Outaouais, quoique notre population demeure plus jeune que dans l'ensemble du Québec. Entre 1981 et 2001, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a presque doublé en Outaouais (taux d'accroissement de 90 %), passant de 17 135 à 32 500 aînés. Cette augmentation est plus prononcée dans notre région qu'au Québec dans son ensemble (taux d'accroissement de 69 %). Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus s'est accru de 120 %. Elles comptent maintenant pour 40 % des personnes de 65 ans et plus (Émond : 2003 ; p. 6).

En Outaouais, on estime le nombre de chutes chez les aînés en 2004 à 10 676. Pour chaque décès, on dénombre 24 hospitalisations et 508 personnes ayant chuté. Pour la même année, le coût total des hospitalisations pour une chute chez les personnes de 65 ans et plus s'élevait à 2 418 325 \$ (Cardinal : 2004).

La prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile constitue donc une intervention prioritaire en santé publique tant au niveau provincial que régional.

En mai 2004, en lien avec le PNSP 2003-2012, le MSSS a diffusé un cadre de référence sur la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile et quatre types d'intervention s'y retrouvent, soit :

- Les interventions en développement des communautés ;
- Les interventions multifactorielles non personnalisées (ex : Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) ;
- Les interventions multifactorielles personnalisées ;
- Les interventions médicales préventives.

La prévention des chutes est une cible du PAR et des Plans d'action locaux (PAL) pour 2004-2007. En vue de soutenir la mise en place d'un programme de prévention des chutes dans la région de l'Outaouais, une table régionale composée de gestionnaires a été créée.

8.2.2.1 Les interventions en développement des communautés ; Promotion de la santé

Cible : personnes aînées autonomes vivant à domicile

État de situation :

Ce type d'intervention agit, entre autres, sur le développement de compétences et d'habiletés personnelles. La pratique régulière de l'activité physique peut prévenir les chutes chez les personnes âgées. En ce sens, la Direction de santé publique, par l'entremise de Kino-Québec, assure le déploiement régional du programme Viactive (pauses-exercices) et le soutien aux clubs de marche.

Le programme Viactive aide les personnes âgées autonomes à bouger plus régulièrement. Créé par Kino-Québec, il est offert, en collaboration avec la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) – Région de l'Outaouais, depuis 1988 aux regroupements d'aînés de la région. La Direction de santé publique de l'Outaouais forme des animateurs Viactive recrutés à même les groupes d'aînés. Ces animateurs permettent de sensibiliser et d'initier les personnes âgées à la pratique régulière d'activités physiques sur une base hebdomadaire. Actuellement, l'Outaouais dénombre 80 regroupements Viactive rejoignant plus de 1 600 participants. Les quelque 200 animateurs bénévoles offrent près de 6 000 séances de pauses-exercices Viactive annuellement. En ce qui a trait aux regroupements de marche, la Direction de santé publique offre un soutien à 19 regroupements (plus de 1 500 membres) de la région.

Mesure # 15 :

Que la Direction de santé publique maintienne son soutien, en partenariat avec la FADOQ – Région de l'Outaouais, à la promotion d'un mode de vie physiquement actif auprès des regroupements d'aînés de l'Outaouais, notamment, dans le cadre du programme Viactive et des regroupements (clubs) de marche. Ce soutien s'effectuera par l'entremise de formations et de soutien aux animateurs bénévoles ainsi que par la présentation d'activités et d'outils pour l'ensemble du réseau Viactive et des regroupements de marche.

8.2.2.2 Les interventions multifactorielles non personnalisées (ex : Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED))

Cible : Les personnes âgées autonomes vivant à domicile qui présentent des risques de chutes ou qui ont déjà chuté.

État de situation :

Ce programme de groupe avec des volets exercices et capsules d'information agit sur les capacités motrices des individus, soit l'équilibre et la force musculaire. Il vise aussi les facteurs de risque de chutes prévalant chez cette population. En 2005-2006, ce programme a été mis en place dans toute la région de l'Outaouais. Les cinq CSSS de la région offrent le PIED régulièrement à raison de 16 groupes par année, une moyenne de 15 participants pour 12 semaines. La promotion du programme Viactive (pauses-exercices) est faite à l'intérieur du PIED afin de favoriser le maintien des acquis.

Mesure # 16 :

Que la Direction de santé publique poursuive son soutien aux interventions multifactorielles non personnalisées en prévention des chutes, notamment, le PIED maintenant régionalisé.

8.2.2.3 Les interventions multifactorielles personnalisées

Cible : Les personnes âgées en perte d'autonomie admises aux services de soutien à domicile ou en unité d'évaluation gériatrique.

État de la situation :

Ce programme de prévention pluridisciplinaire personnalisé, dépiste et surveille certains facteurs de risque importants de chute pour lesquels une intervention spécifique est recommandée auprès de la clientèle ciblée qui reçoit des soins à domicile. Un projet pilote dans un territoire de CSSS débutera en septembre 2007 pour se déployer sur une période d'un an. Suite à ce projet, la régionalisation du programme est prévue en 2008-2009. En Outaouais, on prévoit rejoindre 550 personnes âgées annuellement par l'entremise de ce programme lorsqu'il sera régionalisé. Des interventions de groupes peuvent compléter les interventions individualisées.

Mesure # 17 :

Que la Direction de santé publique soutienne l'implantation des interventions multifactorielles personnalisées en prévention des chutes visant les personnes âgées admises aux services de soutien à domicile en supportant l'expérimentation du projet pilote au CSSS des Collines, lequel mènera par la suite à une régionalisation de ce programme.

8.2.2.4 Les interventions médicales préventives

Cible : Les personnes âgées qui présentent un facteur de risque ou une histoire de chute et qui consultent le médecin en cabinet privé, à l'urgence, au CLSC ou qui sont vues à domicile.

État de la situation :

Dans le cadre de ce programme, les médecins seront outillés (formation, grilles, dépliants, etc.) pour dépister, évaluer, traiter et référer la clientèle le cas échéant. Ce volet est en cours d'élaboration au niveau provincial.

Mesure # 18 :

Que la Direction de santé publique soutienne les interventions médicales préventives en prévention des chutes qui visent les personnes âgées en actualisant le cadre de référence ministérielle. Le volet régional sera à développer au cours des prochaines années en fonction du cadre ministériel qui est en développement et qui est à venir.

8.3 TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS

Selon le PNSP, au Québec, les activités récréatives ou sportives sont responsables de 20 % des accidents avec blessures. Les jeunes hommes de 15-19 ans sont particulièrement touchés : « *les principaux facteurs de risque sont le fait de ne pas porter d'équipement de protection, la consommation d'alcool, l'absence de règle de sécurité ou de contrôle portant sur les aménagements, ainsi que le type d'appareils de jeu ou la conception de ces appareils* » (MSSS : 2002b ; p. 56).

8.3.1 Concours École active

État de situation :

Un des volets du concours *École active* de Kino-Québec est la promotion de la sécurité dans les activités physiques et sportives. Ce concours est destiné aux niveaux scolaires du primaire et du secondaire. Les écoles soumettent des projets pour l'achat d'équipement afin de prévenir les blessures. Un jury régional, composé du représentant régional Kino-Québec, d'éducateurs physiques et d'un organisateur communautaire d'un CSSS, sélectionne les projets répondant le plus aux critères de sélection. Ce volet est soutenu en partenariat avec la Direction de la sécurité dans les sports du MELS.

À titre d'exemple, en 2007 sur 11 projets reçus, huit ont été retenus et ont mérité des bourses *École active* d'une valeur totalisant 2 500 \$.

Il est prévu que les prochaines éditions du concours *École active* porteront davantage, pour le niveau primaire, sur l'aménagement de la cour d'école. Ceci permettra de resserrer les liens avec la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif (« Pour un virage santé à l'école ») du MELS qui s'attarde, entre autres, aux aspects sécuritaires de la cour d'école. Ces liens permettront de soutenir les écoles dans leur démarche de mise à niveau des appareils de jeux, de sorte qu'ils soient conformes à la norme canadienne sur la sécurité des aires de jeux publiques (CAN/CSA-Z614-03).

Mesure # 19 :

Que la Direction de santé publique poursuive, en collaboration avec les CSSS (notamment, les accompagnatrices « École en santé »), le déploiement du concours *École active* auprès des écoles de l'Outaouais.

8.3.2 Réseau vélo-boulot (sensibilisation des participants)**État de situation :**

Présenté par la Table de concertation vélo Outaouais (dont fait partie la Direction de santé publique par l'entremise de Kino-Québec), le Réseau vélo-boulot est une intervention unique s'étalant sur 16 semaines et ayant pour but de favoriser l'utilisation du vélo pour se rendre au travail sur une base régulière (au moins une fois par semaine). En 2007, plus de 900 adultes en milieu de travail se sont inscrits au Réseau vélo-boulot et près d'un million de kilomètres ont été parcourus par ces derniers durant la saison estivale.

Les participants du Réseau vélo-boulot sont rejoints de diverses façons, notamment, par l'entremise de quatre numéros d'un bulletin mensuel (juin à septembre). Le bulletin permet d'offrir des conseils aux participants, de les aviser des différents travaux en cours sur les voies cyclables et, enfin, de les sensibiliser aux consignes de sécurité à vélo. Les articles portant sur la sécurité présentent des témoignages personnels de participants en faveur du port du casque à vélo ainsi que sur des conseils sécuritaires provenant du « Guide de sécurité à vélo » de la SAAQ et du MTQ du Québec.

Mesure # 20 :

Que la Direction de santé publique maintienne sa participation au déploiement du Réseau vélo-boulot et s'assure de voir intégrer, dans les divers outils de communication, une sensibilisation au port du casque à vélo, à l'installation de dispositifs de visibilité ainsi qu'au respect du code de la sécurité routière.

9 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)

Les SPU doivent être accessibles partout et en tout temps sur le territoire de l'Outaouais. Pour ce faire, les ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité en tenant compte des particularités de chacun des cinq réseaux locaux.

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le service doit avoir comme objectif de fonctionnement, un temps-réponse minimal 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. Les services préhospitaliers sont un maillon crucial à la réussite de cet objectif.

Le système doit permettre l'orientation primaire optimale des victimes vers l'établissement receveur le plus approprié sur le territoire. D'ailleurs, le système doit répondre en temps prescrit aux demandes de transferts interétablissements, STAT (immédiates) ou urgentes. À cet égard, la nouvelle grille de priorisation émise par le MSSS sera mise en application au début de 2007. En outre, un suivi sera assuré par le Programme d'assurance qualité du futur centre de communication santé (CCS).

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

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

- Les témoins ;
- Les premiers intervenants ;
- La centrale d'appels de la Coopérative des paramédics de l'Outaouais (CPO), laquelle est en lien avec les centres 911 de la région. À noter que le centre de communication santé (CCS) de l'Outaouais devrait être fonctionnel au printemps 2007 ;
- Les premiers répondants ;
- Les techniciens ambulanciers/paramédics (TAP).

9.1 TÉMOINS

Au Québec, selon la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et le Code civil du Québec, le témoin est lié par l'obligation de secourir :

« Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable ».

Le témoin de l'événement ou passant joue un rôle dans l'activation de la chaîne de survie et peut (s'il est formé) administrer des premiers soins de base.

La formation des citoyens en réanimation et en premiers soins de base pourrait augmenter le pronostic favorable de la victime.

9.2 PREMIERS INTERVENANTS

On peut classer comme premiers intervenants ceux qui peuvent reconnaître rapidement une situation où la vie de la victime est en danger et peuvent prodiguer des premiers soins de base, tels que la réanimation cardiorespiratoire, la défibrillation, le contrôle de l'hémorragie, etc. Dans ce groupe, on retrouve les *secouristes en milieu de travail* qui ont suivi une formation de 16 heures en réanimation cardiorespiratoire et en premiers soins de base. Ils fonctionnent selon une démarche protocolaire et une approche « signes et symptômes » et doivent être certifiés aux trois ans. Dans l'Outaouais, 4 623 secouristes ont été reconnus (au 31 décembre 2003) sur un nombre exigé de 6 898, soit 67 %. Dans la formation de base de 16 heures, les secouristes apprennent à intervenir en situation traumatique (2 heures maximum).

9.3 LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ (CCS) EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 911

Lorsque le premier intervenant appelle à l'aide, il signale le 911. L'appel est reçu par un des six centres 911 de l'Outaouais. Bientôt, nous aurons quatre centres lorsque la Ville de Gatineau fusionnera les trois centres 911. Le territoire de l'Outaouais a accès à 100 % à un centre 911.

Après la réception et l'évaluation de l'appel par le répartiteur du service 911, selon leur protocole de réponse, l'appel est éventuellement transféré à la centrale d'appels de la CPO.

Bien que la directive soit de basculer les appels santé directement à la centrale d'appels de la CPO, des lacunes sont observées de la part des intervenants. L'appel initial est souvent reçu par un centre 911 géré par un service de police (Ville de Gatineau et MRC des Collines). Il s'avère donc que des policiers sont envoyés sur les lieux d'un accident pour vérifier s'il y a des blessés et après la vérification, l'appel reçu est basculé à la centrale d'appels de la CPO. Cette façon d'agir prolonge le temps de réponse du service ambulancier, ce qui pourrait causer des délais pour accéder à des soins plus avancés lorsque requis.

Mesure # 21 :

Afin de compresser les délais lors d'événements majeurs, la centrale d'appels d'urgence devra entreprendre des démarches de sensibilisation auprès des centres 911 sur l'importance d'éviter tout délai.

Lorsque le CCS sera fonctionnel, des ententes devront être signées entre le CCS et les centres 911 pour s'assurer que le service ambulancier soit informé le plus rapidement possible des situations ayant une ou des victimes potentielles.

Mesure # 22 :

Afin d'assurer un fonctionnement optimum et uniformisé, la centrale d'appels d'urgence devra conclure une entente de services avec chacun des quatre centres 911.

La SAAQ, en collaboration avec la Sûreté du Québec, a développé une vidéo sur les accidents à haute vitesse qui s'adresse aux policiers patrouilleurs pour les sensibiliser à cette problématique.

Cette vidéo a été présentée au printemps 2006 à tous les patrouilleurs et aux préposés aux appels de la Sûreté du Québec de l'Outaouais.

Le service de police de la MRC des Collines a commencé à présenter cette vidéo à ses patrouilleurs.

Le service de police de la Ville de Gatineau a été approché par l'Agence pour présenter la vidéo à ses policiers patrouilleurs. Ce film sera présenté aux policiers à compter de janvier 2007 lors de séances de formation.

Mesure # 23 :

Afin de s'assurer que toutes les personnes concernées aient visionné cette vidéo, l'Agence fera un suivi auprès des services de police de la région.

La centrale d'appels doit, une fois l'appel reçu, le traiter et ensuite lui affecter les ressources nécessaires. Il est important de souligner qu'à compter du 1^{er} janvier 2007, le CCS de l'Outaouais utilisera un nouveau système de triage d'appels urgents, soit le Medical Priority Dispatch System (MPDS) aussi appelé système Clawson. Les répartiteurs utiliseront 32 cartes médicales qui les aideront à déterminer le niveau de priorité de l'appel. De plus, ce système permet aussi un soutien téléphonique auprès de la personne qui appelle.

Tous les répartiteurs ont reçu la formation Clawson et les TAP auront une formation appropriée à leurs besoins professionnels, laquelle sera complétée au plus tard au printemps 2007. Le contrôle et l'assurance qualité sont sous la responsabilité du comité d'assurance qualité qui doit se réunir régulièrement.

Mesure # 24 :

Former tous les TAP au nouveau système standardisé de traitement d'appels médicaux urgents (Clawson).

9.4 LES APPELS PROVENANT DE TÉLÉPHONES CELLULAIRES

Les appels provenant de cellulaires (quel que soit le code régional du numéro de cellulaire) sont captés par les antennes de la région Outaouais-Ottawa. Il faut toutefois souligner que les appels ne sont pas toujours acheminés au bon centre 911 de la région, ce qui peut augmenter les délais de réponse et engendrer d'autres erreurs de bascule. Si un appel est reçu à Ottawa, et qu'il concerne un événement en Outaouais, il est immédiatement basculé à un centre 911 de l'Outaouais.

Mesure # 25 :

Que l'Agence fasse un état de situation sur cette problématique.

9.5 LES PREMIERS RÉPONDANTS

Les premiers répondants ont pour mandat d'intervenir dans des situations particulières (arrêt cardiorespiratoire, trauma, etc.) et ils interviennent selon les protocoles d'intervention clinique des premiers répondants dans le but d'assurer les soins de base, le plus rapidement possible, aux personnes dont la vie est en danger.

Ils visent également à standardiser la distribution des soins préhospitaliers d'urgence et assurer la concertation avec les TAP.

Dans la région de l'Outaouais, il y a 72 municipalités, deux réserves indiennes et une grande ville. Il y a trois groupes de premiers répondants reconnus sur le territoire : un à Otter Lake dans la région du Pontiac avec une brigade de 20 premiers répondants, un autre à Cantley dans la région urbaine à quelques kilomètres de la grande ville de Gatineau avec une brigade de 20 premiers répondants et le dernier à Saint-André-Avellin située dans la région de la Petite-Nation avec une brigade de 12 premiers répondants (voir détails annexe 11). La formation initiale est de 60 heures, incluant la défibrillation externe automatisée (DEA) et une recertification annuelle de huit heures en DEA et épinéphrine et huit heures en révision de protocole (Protocole d'intervention clinique pour premiers répondants). Dans la formation initiale, plus ou moins 20 heures sont consacrées au protocole traumatique (théorie et pratique en plus de mises en situation).

Le MSSS travaille présentement à développer une directive provinciale pour l'implantation de services de premiers répondants alors que l'Agence poursuit ses démarches auprès de municipalités pour la création de tels services. L'Agence est à développer des critères pour cibler les municipalités dans lesquelles un service de premiers répondants serait le plus bénéfique.

Mesure # 26 :

Que l'Agence complète la grille de critères pour identifier les premières municipalités où il serait bénéfique d'implanter de tels services et qu'elle poursuive ses démarches auprès des municipalités ciblées et celles qui le seront.

9.6 LES TECHNICIENS AMBULANCIERS / PARAMÉDICS (TAP)

Le TAP a pour mandat de répondre à toutes les situations médicales ou traumatiques. Il doit intervenir en s'assurant de la sécurité de la scène, des autres intervenants, de sa sécurité et de la sécurité de la ou des victimes. Il répond et applique des protocoles d'interventions cliniques spécifiques à son rôle; il doit stabiliser et transporter la ou les victimes au centre désigné par les SPU. La formation des TAP demande une attestation d'études professionnelles de 945 heures incluant les situations traumatiques (théorie et pratique). Les TAP qui n'ont pas suivi le programme de 945 heures ont reçu une formation spécialisée, de base, en traumatologie préhospitalière appelée Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) d'une durée de 20 heures, qui doit être renouvelée tous les trois ans. La dernière formation en PHTLS donnée par l'Agence date du mois d'octobre 2002. La recertification qui aurait dû avoir lieu en octobre 2005 n'a pu être donnée.

Par ailleurs, il est important de souligner que depuis septembre 2006, deux nouvelles cohortes ont débuté le nouveau programme d'études qui les amènera à un diplôme d'études collégiales en technique ambulancière.

Mesure # 27 :

Que l'Agence planifie la formation pour la recertification PHTLS.

9.7 RESPONSABILITÉ - PINCES DE DÉCARCÉRATION

Les procédures d'affectation d'une équipe de décarcération sur les lieux d'un accident varient beaucoup selon le territoire où se produit l'accident (voir annexe 11). La MRC de Papineau dispose d'un protocole d'affectation des équipes de décarcération automatique, alors que certaines municipalités de la MRC des Collines demandent la confirmation que la personne est incarcérée avant d'acheminer une ressource de décarcération.

De plus, deux municipalités de l'Outaouais n'ont toujours pas d'entente intermunicipale concernant un service d'équipe de décarcération.

Mesure # 28 :

Que l'Agence sensibilise les MRC ou les municipalités sur la nécessité d'un service d'une équipe de décarcération ;

Que l'Agence sensibilise les municipalités qui n'ont pas d'entente au niveau de la décarcération afin que celles-ci mettent en place une équipe ou signe une entente avec une municipalité ayant un tel service.

9.8 COMMUNICATION PRÉ-ARRIVÉE

Depuis avril 2006, un système de communication bidirectionnelle et sans intermédiaire entre le véhicule ambulancier et le centre receveur a été installé dans chacun des centres receveurs de la région de l'Outaouais. L'actualisation de cette mesure faisait suite à une des recommandations faite à l'Agence de solutionner à « délai zéro » le problème de communication directe du préhospitalier avec les services d'urgence de la région.

Il importe de préciser que par sa situation géographique, lors de transports de personnes victimes d'un traumatisme majeur provoquant une instabilité pour la personne, il arrive que le centre receveur le plus près soit dans une autre région ou province, de telle sorte que la communication directe n'est pas possible avec ces derniers, comme par exemple :

- L'Hôpital de Mont-Laurier du CSSS d'Antoine-Labelle (région des Laurentides) pour les traumatisés en provenance du secteur de la Vallée-de-la-Lièvre (Notre-Dame-du-Laus) ;
- L'Hôpital Laurentien¹¹ du CSSS des Sommets (région des Laurentides) pour les traumatisés provenant de la région du Lac-des-Plages ;
- L'Hôpital Général de Hawkesbury (Ontario) pour les traumatisés provenant de la route 148, secteur de Fasset ;
- L'Hôpital régional de Pembroke (Ontario) pour les traumatisés de la route 148 provenant du secteur Pontiac (Chapeau).

¹¹ Anciennement CH de Sainte-Agathe-des-Monts

La principale raison est qu'il était difficile d'installer des équipements et surtout de convaincre le personnel des centres ontariens d'adhérer à notre protocole de radiocommunications. La communication se fait donc à l'ancienne manière, c'est-à-dire que le centre receveur est avisé par le répartiteur. Pour le véhicule de Notre-Dame-du-Laus transportant des personnes victimes de traumatismes majeurs au CH de Mont-Laurier, ce dernier est équipé d'un cellulaire afin de communiquer directement avec le centre receveur.

9.9 ARBRE DE DÉCISION POUR LE CHOIX DE L'ÉTABLISSEMENT RECEVEUR

Pour toute situation traumatique, le TAP utilise un outil d'évaluation composé de l'Indice préhospitalier traumatique (IPT) et la reconnaissance de l'impact à haute vitesse (IHV) (Voir annexe 12).

Des points sont donnés pour chacun des éléments de l'IPT. Le minimum de point est de 0 et le maximum est de 24 ; plus le chiffre est élevé, plus les blessures de la victime sont significatives et requièrent des soins spécialisés.

L'outil de triage utilisé (IPT et évidence d'IHV) permet de classer les victimes de 14 ans et plus en trois catégories soit, les victimes de traumatisme mineur qui sont transportées au centre receveur le plus près, les victimes de traumatismes majeurs qui sont transportées au centre de traumatologie le plus près et les victimes de traumatismes majeurs très instables qui sont transportées au centre receveur le plus près, même si celui-ci n'a pas de vocation particulière en traumatologie. Pour les enfants de 13 ans et moins, l'outil de triage comprend, pour le classement des victimes, l'évaluation physique primaire (A B C D) et la reconnaissance de l'IVH (voir annexe 13).

De plus, tel que mentionné dans la section précédente, des victimes de traumatismes majeurs sont transportées vers des centres hors de la région de l'Outaouais. Dans la région de Chapeau (l'Isle-aux-Allumettes), les victimes traumatisées sont transportées à l'Hôpital régional de Pembroke (Ontario) ; quant au nord de Grand-Remous, elles sont transportées à l'Hôpital de Mont-Laurier du CSSS d'Antoine-Labelle, centre de traumatologie primaire. Pour le secteur à l'est de Montebello, les victimes sont transportées à l'Hôpital Général de Hawkesbury (Ontario), et du Lac-des-Plages au nord, les victimes sont transportées à l'Hôpital Laurentien du CSSS des Sommets, centre de traumatologie primaire. Pour le détail voir l'annexe 13 concernant l'arbre de décision pour le transport des victimes de traumatismes et l'annexe 14 portant sur la carte des clivages des zones ambulancières.

Malgré l'utilisation de ces outils, il semblerait que des erreurs quant à l'orientation primaire des victimes de traumatismes surviennent encore. À cet égard, les experts du groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation / soutien à l'intégration) recommandaient à l'Agence, lors de leur visite d'évaluation du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave à la fin avril 2007, de faire une analyse des interventions préhospitalières quant à l'orientation des blessés graves.

Mesure # 29 :

Dans un premier temps, que l'Agence dresse un portrait sur les interventions préhospitalières effectuées auprès des victimes de traumatismes par l'analyse des formulaires de transports de tous les cas de traumatismes (identifiés comme tel ou non) sur une période de six mois. Dans un second temps, qu'elle élabore un plan d'action incluant un plan de formation en fonction des lacunes identifiées et instaure un programme d'amélioration continue de la qualité portant notamment, sur l'orientation primaire de ces victimes.

9.10 PATIENT TRANSPORTÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT RECEVEUR NE FAISANT PAS PARTIE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE

Dans certaines situations où la victime présente un traumatisme majeur instable (pointage à l'IPT de cinq, non cumulatif dans le pouls, la respiration ou la tension artérielle), elle est transportée au centre receveur le plus près pour stabilisation et redirigée vers le centre de traumatologie par la suite. Idéalement, ces victimes ne devraient pas rester plus de dix minutes dans ces centres avant d'être transférées dans un centre de traumatologie, ce qui souvent n'est pas le cas. En effet, il est fréquent que ces victimes y passent trop de temps, ce qui augmente les délais afin d'accéder aux services spécialisés d'un centre de traumatologie. Ces situations ont un impact direct sur la morbidité et la mortalité de ces victimes.

Mesure # 30 :

Que les centres receveurs ne faisant pas partie du réseau de la traumatologie deviennent membres du comité régional de traumatologie.

Mesure # 31 :

Que l'Agence fasse des démarches auprès de ces centres pour les sensibiliser à l'importance de transférer rapidement ces patients, et ce, en collaboration avec les experts du centre de traumatologie secondaire régional et/ou avec des experts en matière de traumatologie du RUIS McGill en plus d'identifier des mesures pour corriger ces situations lorsque requis (ex. : rencontre d'information).

Mesure # 32 :

Que l'Agence analyse la possibilité de mettre en place un comité de formation qui devra se pencher sur les besoins des intervenants des centres de traumatologie et des centres receveurs sans désignation en traumatologie.

9.11 ASSURANCE QUALITÉ

Contrairement aux situations d'arrêt cardiorespiratoire et d'interventions préhospitalières avec administration de médicaments, il n'y a pas d'activité régulière rétrospective de contrôle et d'appréciation de la qualité en Outaouais portant sur les interventions traumatiques.

Pourtant, il serait essentiel et indispensable que de telles activités soient tenues régulièrement. Elles devraient porter plus particulièrement sur :

- la durée du traitement de l'appel (centrale santé) ;
- le temps réponse ;
- le temps passé sur les lieux (usager non incarcéré) ;
- le délai d'arrivée sur les lieux des pinces de décarcération ;
- le calcul de l'IPT ;
- la reconnaissance des situations d'impact à haute vitesse (IHV) ;
- le choix du centre receveur en fonction de l'application des outils de triage en préhospitalier pour les cas de traumatologie ;
- la conformité aux PICTA (protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers) et aux PICPR (protocoles d'intervention clinique des premiers répondants).

Par contre, des activités d'assurance qualité ont lieu. C'est particulièrement le cas de la formation que reçoivent les intervenants. Les TAP de l'Outaouais ont tous reçu la formation PHTLS.

De plus, une liste d'équipements et de fournitures obligatoires à bord des ambulances ainsi qu'un système d'échange d'équipements avec les centres receveurs assurent la disponibilité dans chaque véhicule des instruments pour les interventions des SPU en traumatologie.

Mesure # 33 :

Que l'Agence élabore un Programme d'assurance qualité pour les SPU ainsi qu'un plan d'action pour l'actualiser.

10 SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

Tel que mentionné à la section 4.1, les dernières visites d'évaluation du groupe-conseil en traumatologie (volet santé physique) ont eu lieu en avril 2004 pour les trois établissements désignés, en plus d'une visite de contrôle pour le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau en décembre 2004. Lors de ces visites, le groupe-conseil a confirmé le maintien de la désignation spécifique à chacun des centres désignés en plus de leur faire des recommandations.

10.1 CSSS DE GATINEAU – HÔPITAL DE HULL

En tant que centre de traumatologie secondaire régional, le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull agit comme centre de référence régional en traumatologie et en neurotraumatologie. Il offre, entre autres, des services de chirurgie générale, d'orthopédie, de soins intensifs, de chirurgie thoracique, de chirurgie vasculaire et de neurochirurgie ainsi que des services de réadaptation précoce.

Parmi les objectifs mentionnés dans son Programme de traumatologie (CHVO : 1998), l'Hôpital de Hull se doit d'assurer une prise en charge rapide et globale de la personne victime d'un traumatisme majeur tout en favorisant la qualité, la rapidité et la continuité des interventions à chaque niveau de l'organisation, et ce, dès son arrivée à l'hôpital jusqu'au moment de recevoir son congé. Pour être en mesure de répondre aux besoins des traumatisés, l'Hôpital de Hull a mis sur pied une équipe de soins en traumatologie formée de l'ensemble des intervenants qui agissent auprès du traumatisé tout au long de son séjour peu importe sa condition, son évolution ou sa récupération.

Tableau 12 : Équipe de soins en traumatologie

▪ Urgentologue ▪ Personnel infirmier de l'urgence ▪ Personnel infirmier du bloc opératoire et de la salle de réveil ▪ Personnel infirmier des soins intensifs ▪ Personnel infirmier de l'unité de soins concernée ▪ Trauma leader ou son remplaçant ▪ Anesthésiologiste ▪ Médecins/Chirurgiens spécialistes consultants ▪ Inhalothérapeute à l'urgence ▪ Technologue en imagerie	▪ Technologiste de laboratoire ▪ Agent de pastorale à l'urgence ou à l'unité de soins ▪ Coordinatrice d'activités ▪ Coordinateur médical ou le directeur des services professionnels et des affaires médicales ▪ Physiatre ▪ Médecin traitant ▪ Psychiatre ▪ Coordinatrice clinico-administrative du Programme de traumatologie
--	---

Ces professionnels des différents secteurs d'activités peuvent ainsi être appelés à intervenir, directement ou indirectement, au niveau de la prise en charge, du traitement, du suivi ainsi que du cheminement du traumatisé dans les différentes phases de soins. Il importe de souligner que le suivi, l'élaboration et la coordination du plan d'interventions sont assurés par l'équipe multidisciplinaire de réadaptation en traumatologie, et ce, à partir de l'admission de la personne traumatisée, jusqu'au moment où elle reçoit son congé. Il est aussi de la responsabilité de cette équipe d'orienter le patient au moment de son congé, qui peut être soit un retour à domicile (avec ou sans service), soit un transfert vers un autre établissement (en fonction des soins et des services que requiert son état) ou soit des références externes pour des services privés ou communautaires.

Tableau 13 : Équipe multidisciplinaire de réadaptation en traumatologie

▪ Coordonnatrice clinico-administrative du Programme de traumatologie ▪ Diététiste ▪ Physiothérapeute ▪ Ergothérapeute ▪ Orthophoniste ▪ Travailleuse sociale ▪ Neuropsychologue	▪ Audiologiste au besoin ▪ Pharmacien au besoin ▪ Inhalothérapeute au besoin ▪ Infirmière en réadaptation (dépistage TCC en externe) ▪ Agente de liaison SAAQ ▪ Agent de pastorale au besoin
--	---

Par l'entremise d'une ordonnance collective qui permet le repérage, le dépistage, l'évaluation et les interventions auprès des traumatisés à risque, l'équipe multidisciplinaire de réadaptation peut enclencher, dès son admission, l'évaluation ainsi que les interventions précoces que nécessite leur état en plus d'établir un plan d'interventions afin de prévenir les déficiences, d'amorcer la réduction des incapacités, ainsi que de fournir le plus tôt possible un soutien à la personne et à sa famille.

Toujours dans le cadre de son Programme de traumatologie, l'Hôpital de Hull se doit également de dispenser certaines activités de formation ou de perfectionnement aux autres centres désignés de la région. De plus, il a aussi une désignation au sein du consortium d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave tout en étant le centre responsable pour le dépistage des personnes ayant subi un TCC léger.

En tant que centre secondaire régional, il reçoit aussi les patients transférés des centres de traumatologie primaires et des autres centres receveurs sans désignation lorsque l'état du patient le requiert et transfère tout patient ne pouvant être traité sur place vers un centre tertiaire lorsque les soins requis sont non disponibles en Outaouais. Les centres tertiaires désignés pour la région sont situés à Montréal pour les personnes victimes de brûlures graves, les blessés médullaires, les personnes ayant subi des fractures complexes du bassin et de la colonne vertébrale et pour les personnes nécessitant une réimplantation de membres.

Il est important de préciser que les transferts vers les centres tertiaires de Montréal ne sont effectués que pour les patients présentant une condition stable mais non urgente de façon ponctuelle selon un cadre d'entente bien défini. Les transferts pour les cas instables et urgents sont dirigés vers l'Hôpital d'Ottawa pour la clientèle adulte.

La situation géographique de l'Outaouais et les corridors naturels de consommation hospitalière font en sorte qu'il faille utiliser des corridors d'accès tant vers Montréal que vers Ottawa, et ce, selon le niveau d'urgence, la provenance du traumatisé majeur et la pathologie impliquée. La plupart de ces ententes sont tacites et plusieurs d'entre elles devront faire l'objet d'ententes formelles.

Les tableaux 14 et 15 font état des corridors de transfert établis pour le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull dans le cadre du *Programme québécois de traumatologie*.

Il importe de rappeler que la région de l'Outaouais fait partie du territoire de desserte du RUIS McGill. Parmi les responsabilités dévolues aux RUIS, ceux-ci peuvent être appelés à supporter les établissements du territoire qu'il dessert selon les demandes qui lui sont adressées touchant, par exemple, les services spécialisés et surspécialisés, le transfert des connaissances ou encore en

cas de rupture de services. Ainsi, en ce qui concerne la traumatologie, l'Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est l'établissement du RUIS McGill qui peut être interpellé pour toute question se rapportant au domaine de la traumatologie, le cas échéant.

Tableau 14 : Corridors de transfert en provenance des centres primaires

Niveau de prestation	Nom du partenaire/Ententes requises	Municipalité (région)
Primaire	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau Entente de transfert vers le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull	Maniwaki (07-Outaouais)
Primaire	Centre hospitalier du Pontiac Entente de transfert vers le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull	Shawville (07-Outaouais)

Adapté de : <https://services-saaqcllc.saaq.gouv.qc.ca>

Tableau 15 : Corridors de transfert vers les centres tertiaires

Niveau de prestation	Nom du partenaire/Ententes requises	Municipalité (région)
Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Entente de transfert vers le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (constitué de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation de Montréal et du Centre de réadaptation Lucie Bruneau)	Montréal (06-Montréal)
Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves	Hôtel-Dieu du CHUM Entente de transfert vers le Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec (constitué de l'Hôtel-Dieu de Montréal, du CHUM et de l'Hôpital de réadaptation Villa Médica, en collaboration avec l'Association Entraide Grands Brûlés)	Montréal (06-Montréal)
Centre d'expertise pour personnes nécessitant une réimplantation de membres	Désignation à être confirmée	Montréal (06-Montréal)
Tertiaire pédiatrique	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario Entente relative au transfert Hors-Québec des victimes de traumatismes majeurs	Ottawa (Ontario)

Adapté de : <https://services-saaqcllc.saaq.gouv.qc.ca>

Un dernier élément important à souligner, est le Programme de dons d'organes et de tissus du CSSS de Gatineau, compte tenu que la principale source d'organes pour les transplantations provient des donneurs répondant aux critères de décès neurologiques qui sont, principalement : les décès causés par un accident vasculaire cérébral (AVC), les traumatismes crâniens sévères et les anoxies. Il est à noter qu'en 2005 au Québec, les trois premières causes de décès des donneurs potentiels ont été, dans l'ordre, les AVC (56,6 %), les traumatismes crâniens causés par un accident impliquant un véhicule routier (16,2 %) et les traumatismes crâniens autres (12,5 %) (Québec-Transplant : 2006, p. 7). Il importe aussi de rappeler que l'écart entre le nombre de personnes en attente d'une greffe et le nombre d'organes à transplanter ne cesse d'augmenter.

En outre, le CSSS de Gatineau fait partie des 12 centres hospitaliers du Québec impliqués dans le processus d'identification des donneurs potentiels. Pour ce faire, depuis 2003, il y a deux infirmières ressources en dons d'organes qui font de l'enseignement et de la sensibilisation auprès des professionnels de la santé afin d'accroître l'identification des donneurs potentiels en plus de les soutenir lors du processus d'identification, du maintien et du transfert du donneur lorsque le prélèvement d'organes est possible. Lorsqu'un donneur potentiel est identifié, elles assurent un soutien auprès des familles touchées par un tel événement, en leur expliquant la situation. Une fois que les membres de la famille comprennent qu'il n'y a plus d'espoir elles leur proposent le don d'organes, qu'ils sont libres d'accepter ou non. Elles assument aussi un rôle régional en supportant les autres CSSS de la région.

Le tableau 16 fait état du nombre de donneurs potentiels identifiés, le nombre de donneurs effectifs, le nombre d'organes et de tissus greffés et le nombre de donneurs effectifs dont la cause de décès est reliée à un traumatisme majeur pour les années 2003, 2004 et 2005 dans le cadre du Programme de dons d'organes et de tissus du CSSS de Gatineau.

Tableau 16 : Nombre d'identifications de donneurs potentiels, de donneurs effectifs, nombre d'organes et de tissus greffés

Année	Nombre d'identifications	Nombre de donneurs effectifs	Nombres d'organes greffés	Nombres de tissus greffés	Nombre de donneurs effectifs cause de décès traumatisme majeur	% de cas de traumatisme majeur donneurs effectifs
2004	26	5	16	11	3	60 %
2005	33	9	28	13	1	11 %
2006	38	2	11	2	1	50 %

10.2 CSSS DU PONTIAC ET CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU

En tant que centres de traumatologie primaires, le CSSS du Pontiac – Hôpital du Pontiac et le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau – Centre hospitalier assurent les soins reliés à une stabilisation chirurgicale ou d'urgence pour les cas de traumatismes majeurs avant de les référer à un centre de traumatologie supérieur. Pour cela, ils doivent assurer en tout temps une couverture en anesthésie et en chirurgie générale. Ils ont aussi une capacité de rétention pour les traumatisés simples ou mineurs sans atteinte systémique ou sans complication.

Tableau 17 : Corridors vers les centres de traumatologie de niveau plus élevé

Niveau de prestation	Nom du partenaire/Ententes requises	Municipalité (région)
Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Entente de transfert vers le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (constitué de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation de Montréal et du Centre de réadaptation Lucie Bruneau)	Montréal (06-Montréal)
Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves	Hôtel-Dieu du CHUM Entente de transfert vers le Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec (constitué de l'Hôtel-Dieu de Montréal du CHUM et de l'Hôpital de réadaptation Villa Médica, en collaboration avec l'Association Entraide Grands Brûlés)	Montréal (06-Montréal)
Centre d'expertise pour les personnes nécessitant une réimplantation de membres	Désignation à être confirmée	Montréal (06-Montréal)
Tertiaire pédiatrique	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario Entente relative au transfert Hors-Québec des victimes de traumatismes majeurs	Ottawa (Ontario)
Secondaire régional	Pavillon de Hull - CSSS de Gatineau Entente de transfert vers le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull	Gatineau (07-Outaouais)

Adapté de : <https://services-saaqclic.saaq.gouv.qc.ca>

De plus, lors de découverte en chirurgie générale ou en anesthésie, le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau a un corridor vers l'Hôpital de Mont-Laurier, lequel devient le centre désigné de niveau supérieur alors que pour le CSSS du Pontiac, l'Hôpital de Hull demeure le centre de référence.

Tableau 18 : Corridor du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau

Niveau de prestation	Nom du partenaire/Ententes requises	Municipalité (région)
Primaire	Hôpital de Mont-Laurier - CSSS d'Antoine-Labelle Entente de complémentarité tenant compte de la couverture régionale de services	Mont-Laurier (15-Laurentides)

Adapté de : <https://services-saaqclic.saaq.gouv.qc.ca>

10.3 ENTENTES DE SERVICES

Les corridors d'accès et les procédures de transfert doivent être fluides et automatiques, non négociables, et suffisamment souples pour répondre aux imprévus et aux singularités de certaines situations. À cet égard, des ententes de services doivent être signées entre les centres désignés et les corridors doivent être bidirectionnels. Les deux centres primaires ont signé une entente de ce genre avec le centre secondaire régional en mars 2004. Comme ces ententes datent de presque trois ans, il y aurait lieu de les réviser et de les ajuster, le cas échéant.

Mesure # 34 :

Revoir les ententes intervenues entre le centre secondaire régional et les deux centres primaires et les ajuster le cas échéant.

De plus, comme le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau a un corridor vers Mont-Laurier, tel que spécifié précédemment, et qu'aucune entente n'a été signée à cet égard, il y aurait lieu d'officialiser cet état de fait par la signature d'une telle entente entre ces deux établissements et les agences des Laurentides et de l'Outaouais.

Mesure # 35 :

Entreprendre les démarches pour la signature d'un protocole d'entente entre le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, le CSSS d'Antoine-Labelle et les deux agences concernées.

Par ailleurs, certaines de ces ententes, comme celles impliquant des centres d'expertise ou des centres tertiaires, doivent aussi être convenues et signées entre tous les centres de la région, avec ou sans désignation, et des établissements faisant partie du centre d'expertise. Tout patient nécessitant un transfert vers un centre tertiaire doit en faire l'objet le plus rapidement possible en évitant tout délai. Ce qui implique, à titre d'exemple, qu'un blessé médullaire doit être transféré de n'importe quel centre receveur, directement vers le centre d'expertise désigné pour la région. Il en est de même pour les transferts vers les centres d'Ottawa. Ce chapitre fait seulement mention de l'entente à convenir avec l'Hôpital d'Ottawa. Le détail concernant les autres ententes seulement à convenir avec les centres d'expertise ou tertiaires apparaît à la section 13 portant sur les clientèle spécifiques.

Mesure # 36 :

Compléter les démarches pour la signature de l'entente à intervenir entre les CSSS de la région, l'Hôpital d'Ottawa et l'Agence de l'Outaouais.

10.4 CENTRES RECEVEURS SANS DÉSIGNATION

Tel que décrit à la section 4.1, cinq urgences, dont trois situées dans deux CSSS sans désignation, ont un statut de centres receveurs ne faisant pas partie du réseau de traumatologie (voir tableau 4). Toutefois, ces urgences peuvent recevoir des cas de traumatologie majeurs instables en tant que centre receveur le plus près. Pour ces cas, ces centres sont alors considérés

comme des centres de stabilisation médicale et, par conséquent, ils doivent traiter ces cas en tant que tels. Ainsi, tel que mentionné précédemment, le délai d'intervention ne doit pas excéder dix minutes et, si nécessaire, une escorte médicale doit être prévue auprès de la victime traumatisée à risque lors du transfert vers un centre de traumatologie désigné le plus près.

Idéalement, pour les établissements n'ayant aucune désignation, des ententes similaires à celles intervenues entre le centre secondaire régional et les deux centres primaires devraient être conclues. Ainsi, le CSSS de Gatineau devrait conclure des ententes avec le CSSS de Papineau et le CSSS des Collines. Ces ententes auraient pour avantage de formaliser le transfert de traumatisé majeur, et ce, dans l'ensemble des centres receveurs avec ou sans désignation.

Mesure # 37 :

Que le CSSS de Gatineau entreprenne des démarches auprès du CSSS de Papineau et du CSSS des Collines pour conclure des ententes précisant les modalités de transfert de traumatisé majeur.

10.5 MESURES CONCERNANT TOUS LES CENTRES DE TRAUMATOLOGIE DÉSIGNÉS

Dans le cadre du 3^e cycle de visites d'évaluation visant la consolidation du réseau, le groupe-conseil visitait, en 2004, les trois centres de traumatologie désignés de la région. Suite aux recommandations émises, tous avaient des correctifs à apporter à leur programmation. Certaines mesures correctives ont été apportées et certaines restent à actualiser.

Plus récemment, la SAAQ développait un site Web (www.fesct.gouv.qc.ca) pour le monitoring et l'évaluation de l'ensemble des partenaires du CST (FECST : fonction évaluative du CST). C'est à partir de cet outil que se fait actuellement l'évaluation des centres désignés. Ainsi, le 4^e cycle de visites d'évaluation se fait donc de façon virtuelle avec cet outil. Éventuellement les autres partenaires du CST seront aussi évalués de cette façon.

Donc, en plus des mesures correctives que doivent apporter les centres désignés de la région, ils doivent également déposer leur Programme local de traumatologie et leurs procéduriers sur le site Web selon les consignes émises, et en utilisant les gabarits aussi disponibles sur le site Web.

En suivi aux recommandations du groupe-conseil en 2004 et aux directives émises concernant le 4^e cycle d'évaluation :

Mesures # 38 :

Que chaque centre désigné :

- Assure le suivi des recommandations du groupe-conseil ;
- Revoit leur Programme local de traumatologie et leurs procéduriers afin de les rendre conforme aux exigences matricielles ;
- Dépose leur Programme local de traumatologie et leurs procéduriers révisés sur le site Web du FECST ;
- Dépose un bilan de l'état d'avancement des travaux, au moins une fois l'an, au comité régional de traumatologie.

10.6 TRAUMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

Tel que mentionné à la section 4.1, en avril 2005, il y a eu signature d'une entente de services entre les cinq CSSS de l'Outaouais, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) et l'Agence de l'Outaouais, laquelle porte spécifiquement sur la traumatologie pédiatrique. Cette entente de services est un mécanisme administratif et de partenariat convenu entre les organisations concernées pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique (15 ans et moins) ayant subi un traumatisme majeur ou craniocérébral modéré ou grave. Il définit le niveau d'interdépendance entre les organisations ainsi que la mise en place de corridors de services complémentaires et bidirectionnels entre les organisations.

Cette entente spécifie que toutes les salles d'urgence de la région de l'Outaouais, nonobstant leur désignation dans le réseau de traumatologie adulte, sont considérées comme des centres de stabilisation eu égard aux enfants de 15 ans et moins ayant subi un traumatisme majeur ou un TCC modéré ou grave, alors que le CHEO agit comme centre de traumatologie de référence et de niveau tertiaire pour l'ensemble des hôpitaux de l'Outaouais. Les services visés sont les services préhospitaliers d'urgence, les services de soins aigus et de réadaptation précoce ainsi que les services de réadaptation.

Les enfants âgés de 16 et 17 ans ayant subi un traumatisme majeur ou un TCC modéré ou grave sont pris en charge par le réseau de traumatologie adulte selon les protocoles établis.

Il est à noter que l'ensemble des volets de cette entente n'avaient pas tous été actualisés à savoir qu'en région urbaine les ambulanciers transportent les enfants victimes d'un traumatisme majeur au CSSS de Gatineau – Hôpital de Gatineau. Cependant, cette situation a récemment fait l'objet de discussions et une directive a été émise précisant que les enfants de 15 ans et moins victimes d'un traumatisme majeur sur le territoire de Gatineau devront être dirigés vers le centre secondaire régional, soit le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull. Cette directive sera actualisée dès que les ajustements nécessaires auront été faits et que tous les intervenants concernés auront été avisés.

De plus, pour le volet « réadaptation et intégration sociale », une entente spécifique devait être définie pour rapatrier l'enfant au Québec et le transférer selon les modalités à convenir, et ce, en fonction de l'évolution de la réadaptation de l'enfant. Dans l'attente de ces nouvelles modalités, les mesures actuelles pour le transfert sont maintenues et chaque situation est gérée selon une approche individualisée, prenant en considération les besoins cliniques de chaque enfant.

Mesures # 39 :

- Actualiser l'ensemble des volets de l'entente intervenue entre les CSSS et le CHEO ;
- Définir les modalités de retour au Québec de l'enfant hospitalisé au CHEO et signature d'une entente spécifique à cet effet.

10.7 PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ

Conformément à la matrice d'évaluation pour la désignation des centres hospitaliers, chaque établissement désigné doit s'assurer de mettre en place un Programme d'assurance qualité afin de permettre une amélioration continue de la qualité des soins et des services dispensés aux personnes victimes d'un traumatisme majeur. Ce programme devrait comprendre, entre autres, les éléments suivants (Agence des Laurentides : 2006, p. 10) :

- La tenue du RTQ conformément aux directives émises, et ce, de façon rigoureuse, le plus près possible de l'épisode de soins des individus concernés et, d'en faire leur analyse ;
- *Des sondages formels et standardisés permettant d'évaluer la satisfaction de la clientèle selon le niveau de désignation du centre de traumatologie. Ces sondages devraient mettre en relation les éléments reliés aux soins reçus à l'urgence, aux soins intensifs et aux unités de soins s'il y a lieu. Ils devraient également permettre à la clientèle de s'exprimer, lorsque applicable, quant aux soins reçus lors d'un transfert vers un autre centre de traumatologie ;*
- *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 idéalement 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 ;*
- *Les documents résultants 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 ;*
- *Un programme de formation et de maintien des compétences ;*
- *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.*

Mesures # 40 :

En lien avec la mesure # 4, que chaque établissement désigné dépose annuellement son bilan concernant son Programme d'assurance qualité auprès du comité régional de traumatologie.

11 SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

Dans le cadre du *Programme québécois de traumatologie*, les établissements de réadaptation sont désignés pour offrir des services spécialisés et dans certains cas, surspécialisés, de réadaptation, à l'interne ou à l'externe, aux personnes victimes de traumatismes majeurs et ils doivent, entre autres (MSSS : 2003, p. 14) :

- *Offrir des services spécialisés de réadaptation aux personnes et aux proches visant le développement de l'autonomie personnelle, sociorésidentielle, sociale, professionnelle et scolaire ;*
- *Assurer la prévention des complications potentielles sur le plan physique, psychologique, social, économique et professionnel ;*
- *Élaborer et réaliser (en lien avec les partenaires) les plans de services individualisés nécessaires.*
- *Fournir les aides techniques et les adaptations requises pour maximiser les capacités résiduelles et suppléer aux incapacités de tout ordre ;*
- *Assurer la préparation d'un Programme de soutien à l'intégration en prévision du congé de la personne, centré notamment, sur l'utilisation des ressources communautaires de son milieu (services de garde à l'enfance, services éducatifs, loisirs, employabilité, travail, etc.).*

Dans la région, le CRR La RessourSe a un mandat en tant que centre régional de réadaptation en déficience physique. Il offre des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes de tout âge ayant des incapacités significatives et persistantes en raison de leur déficience physique (auditive, visuelle, motrice, de la parole et du langage) de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes et ce, pour l'ensemble de la région de l'Outaouais.

Plus spécifiquement, le Programme de réadaptation et d'intégration en neurotraumatologie (PRIN) offre des services à une clientèle ayant subi un traumatisme physique, soit un TCC, une blessure médullaire ou une blessure orthopédique grave (BOG). Les services internes (hébergement) sont pour une clientèle jeune adulte et adulte (16 ans et plus), alors que les services externes sont pour une clientèle de tout âge. Pour les blessés médullaires, ils doivent recevoir leurs services internes dans un centre de réadaptation surspécialisé, soit Montréal ou Ottawa. Par la suite, ils peuvent recevoir leurs services externes au CRR La RessourSe.

12 SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

Lorsque requis les services de soutien à l'intégration et à la participation sociale des personnes victimes d'un traumatisme majeur sont offerts de façon concertée par les CLSC, les établissements de réadaptation, les organismes communautaires et par les autres partenaires concernés. Ils ont comme principales responsabilités d'assurer les services de soutien à l'intégration nécessaires à l'individu, à sa famille et aux différents milieux d'intégration, dont notamment (MSSS : 2003, p. 15) :

- *Le soutien psychosocial (ex. : mise en place de groupes d'entraide pour les conjoints, parents et autres proches) ;*
- *Le maintien des acquis fonctionnels (services courants de réadaptation) ;*
- *Les services de maintien à domicile ;*
- *Les places de répit et de dépannage.*

Dans la région, ces services sont offerts par les cinq CSSS (mission CLSC) et le CRR La RessourSe pour l'ensemble de la clientèle traumatisée et par l'ANO pour les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave.

Toutefois, certaines responsabilités dévolues aux partenaires restent à clarifier. Des précisions devront donc être apportées afin d'améliorer la continuité des services et, plus particulièrement en ce qui a trait aux mécanismes d'arrimage avec les CSSS de la région. Des travaux sont présentement en cours pour des clientèles spécifiques dont les blessés médullaires et les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave. Le détail concernant les démarches en cours et à venir apparaissent à la section 13 portant sur les clientèles spécifiques.

13 LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

13.1 LES PERSONNES AYANT SUBI UN TCC

13.1.1 Les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave

Le consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave est composé du CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull, du CRR La RessourSe et de l'ANO. Son mandat est d'assurer l'articulation étroite entre les établissements et organismes impliqués au sein du continuum de services offerts aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave et leurs proches. Pour le détail du mandat du consortium voir l'annexe 6.

Tel que mentionné à la section 4.2, la visite du groupe-conseil en traumatologie (volet réadaptation / soutien à l'intégration) relativement au 2^e cycle d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave a eu lieu à la fin avril 2007.

Suite à cette visite, le groupe-conseil recommandait de surseoir à toute décision concernant le maintien de la désignation du consortium, jusqu'à ce que certaines conditions soient rencontrées. Il est à noter qu'une autre visite ministérielle est prévue en mai 2008.

Une des premières actions faite suite à cette visite a été de revoir la structure de concertation. Ainsi, la composition du comité qui assure le suivi, le fonctionnement et la consolidation du continuum de services offerts par le consortium régional a été légèrement modifiée (voir détail à la section 5.3.2, p. 31), son appellation a été changée pour « comité stratégique Consortium TCC » lequel se rapporte toujours au comité régional de traumatologie. De plus, la présidence de ce comité est dorénavant assumée par deux personnes, soit une personne du CSSS de Gatineau et l'autre du CRR La RessourSe.

À ce comité, s'est ajouté un comité clinique / opérationnel lequel se rapporte au comité stratégique Consortium TCC et est composé :

- Du coordonnateur clinique du CSSS de Gatineau ;
- Du coordonnateur clinique du CRR La RessourSe ;
- D'une intervenante de l'ANO ;
- D'une intervenante en déficience physique d'un CLSC-SAD ;
- Des intervenants des différentes équipes cliniques lorsque nécessaire.

Au cours de l'année 2007-2008, le comité clinique / opérationnel devra, entre autres :

- Analyser les statistiques présentées au groupe-conseil, notamment, en mettant l'accent sur la clientèle non référée au CRR La RessourSe et sur la durée de séjour en CH ;
- Analyser la trajectoire de la clientèle TCC à partir de son arrivée au CH et par la suite réviser les programmations ;
- Identifier les statistiques / indicateurs pertinents à documenter et à analyser régulièrement ;
- Réviser et proposer au comité stratégique la documentation sur : le partage de l'offre de services, les mécanismes de liaison, les critères d'admissibilité et les modalités de transfert ;
- Formaliser une démarche commune d'évaluation de programme ;
- Identifier des besoins de formation communs, élaborer un plan de planification et en planifier la réalisation.

Parallèlement à ces activités, il a été entendu que pendant cette même période, le comité stratégique se rencontrera sur une base mensuelle compte tenu des travaux à réaliser suite aux recommandations émises par le groupe-conseil et aux échéanciers à rencontrer.

Dans le cadre de ces travaux, un plan de travail pour la prochaine année devait être produit et déposé au groupe de suivi ministériel en traumatologie le 1^{er} juin 2007. De plus, un protocole d'engagement devait être élaboré et signé par le CSSS de Gatineau, le CRR La RessourSe, l'ANO et l'Agence, et ce, pour le 30 juin 2007. Les documents ont été transmis au groupe de suivi ministériel en traumatologie dans les délais prescrits. Toujours en lien avec les recommandations émises par le groupe-conseil, les principales mesures suivantes devront être réalisées selon les échéanciers prescrits :

Mesures # 41 :

Que le consortium élabore un modèle d'organisation de services pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave.

Mesures # 42 :

Que le CSSS de Gatineau révise et complète sa programmation pour les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave.

Mesures # 43 :

Que le CRR La RessourSe révise et complète sa programmation pour les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave en tenant compte des constats émis par le groupe-conseil.

Mesures # 44 :

Que le Consortium révise la documentation relative au fonctionnement de ce dernier, notamment en ce qui concerne :

- Le partage de l'offre de services ;
- Les mécanismes de liaison ;
- Les critères d'admissibilité et de congé ;
- les modalités de transfert.

13.1.2 Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)

À l'automne 2005, le MSSS présentait aux agences les « Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger ». À partir de ces orientations, chaque agence devait élaborer un plan d'organisation régionale de services à l'intention des personnes victimes d'un TCCL.

Dans la région de l'Outaouais, le CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull est le centre désigné en regard de cette clientèle et le mécanisme de concertation qui a été retenu pour le suivi de l'élaboration et de l'actualisation de ces orientations est le comité régional de traumatologie.

Un plan de travail a été élaboré dans lequel il est prévu de réaliser les mesures suivantes :

Mesures # 45 :

Que le CSSS de Gatineau en collaboration avec l'Agence :

- Élabore l'organisation régionale de services à l'intention des personnes victimes d'un TCCL selon les orientations ministérielles. Pour ce faire, les activités suivantes sont prévues :
 - Compléter l'état de situation sur les services actuellement offerts et plus particulièrement en ce qui a trait au nombre de références reçues au CSSS de Gatineau, à la provenance, au processus et au traitement de ces références, etc., et ce, en tenant compte des cinq zones d'amélioration identifiées par le MSSS ;
 - Consultations auprès des partenaires sur l'organisation des services actuelles et attendues ;
 - Ajustement de l'organisation des services en tenant compte de ce qui précède ;
 - Rédaction du modèle d'organisation retenu.
- Assure le suivi de son actualisation auprès des partenaires et collige les informations et données nécessaires à ce suivi.

13.2 LES PERSONNES BLESSÉES MÉDULLAIRES ET LES PERSONNES TÉTRAPLÉGIQUES À VENTILATION ASSISTÉE (TVA)

En 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque désignait deux centres d'expertise pour offrir des soins et des services surspécialisés à la clientèle blessée médullaire, un pour l'est du Québec et l'autre pour l'ouest. Les blessés médullaires de la région doivent donc être dirigés vers le centre d'expertise de l'Ouest qui est composé des établissements suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ;
- Institut de réadaptation de Montréal ;
- Centre de réadaptation Lucie Bruneau.

De plus, en 2006, un mandat national pour desservir la clientèle TVA a aussi été octroyé à ce centre d'expertise en collaboration avec l'Institut thoracique de Montréal du CUSM qui est responsable du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD).

Ainsi, lorsque possible, les blessés médullaires de la région doivent être dirigés à la phase aiguë vers l'Hôpital du Sacré-Cœur après stabilisation selon le « *Protocole de prise en charge préhospitalière, d'évaluation primaire et de transfert des blessés médullaires vers les centres d'expertises* » du MSSS, version amendée du 24 janvier 2003, et ce, dans les meilleurs délais possibles. À cet égard, une première entente pour le transfert en amont de ces patients devra être signée entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, les trois centres désignés et les agences de Montréal et de l'Outaouais. Il est à noter que sur le site Web du FESCT, il y a une entente type disponible concernant les transferts en amont qui doit être utilisée à cet effet.

Pour le retour dans la région de ces patients, une seconde entente devra être aussi signée mais cette fois entre le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec et les établissements concernés de la région soit, le CRR la RessourSe, les cinq CSSS et les agences de Montréal et de l'Outaouais. Les personnes visées par ce protocole sont les

personnes présentant des séquelles d'un traumatisme de la moelle épinière incluant les personnes TVA. Un document de travail élaboré par l'Hôpital du Sacré-Cœur a fait l'objet d'une consultation auprès des instances et des établissements concernés. Quelques éléments restent à valider et par la suite il sera possible de compléter les démarches pour la signature de cette entente.

Mesure # 46 :

- Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le transfert en amont des blessés médullaires entre les établissements des deux régions et les deux agences concernées ;
- Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le retour des blessés médullaires dans la région entre les établissements et les agences concernés.

Par ailleurs, lors du retour dans la région d'une personne blessée médullaire, les services de soutien à l'intégration et à la participation sociale se doivent d'être planifiés en fonction des besoins de chaque individu. Malgré l'apport, entre autres, des CSSS (mission CLSC), parfois ces personnes ainsi que leur famille ont également besoin du support d'une association des usagers pour les soutenir vers le retour et le maintien dans leur milieu de vie.

Dans la région, il y a l'Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais qui offrent du support aux personnes handicapées pour favoriser leur intégration sociale et communautaire. Cet organisme offre aussi un service de répit aux personnes qui s'occupent de personnes handicapées physiques¹².

Il y a aussi l'Association des paraplégiques du Québec qui est un organisme provincial qui s'implique auprès des personnes blessées médullaires. Cet organisme a pour mission de favoriser l'autonomie de ces personnes, et ce, à travers le Québec ainsi que promouvoir et faciliter leur intégration sociale et professionnelle et aussi de défendre leur droit¹³.

Ces deux organismes ont récemment été contactés dans le but de connaître plus en détail les services qu'ils offrent et comment ces derniers pourraient s'impliquer et contribuer au continuum de services pour cette clientèle. Les échanges vont se poursuivre quant à une contribution possible de l'un des organismes ou des deux au continuum de services.

Mesure # 47 :

Poursuivre les démarches auprès de l'Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais et de l'Association des paraplégiques du Québec quant à une contribution possible de l'un de ces organismes ou des deux au continuum de services pour les personnes victimes de blessures médullaires.

¹² Source : Amical des handicapés physiques de l'Outaouais (<http://pages.videotron.com/amicales/accueil.html>)

¹³ Source : Association des paraplégiques du Québec (<http://www.portal.paraquad.qc.ca/web/site/integration>)

13.3 LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES

En janvier 2005, le MSSS désignait deux centres d'expertise pour offrir des soins et des services surspécialisés pour les personnes victimes de brûlures graves, un pour l'est du Québec et l'autre pour l'ouest. Les personnes victimes de brûlures graves de la région doivent donc être dirigées vers le centre d'expertise de l'Ouest qui est composé des établissements suivants :

- Hôtel-Dieu de Montréal du Centre hospitalier universitaire de Montréal ;
- Hôpital de réadaptation Villa Médica ;
- Association Entraide Grands Brûlés.

Ainsi, lorsque possible, les personnes victimes de brûlures graves de la région doivent être dirigées à la phase aiguë vers l'Hôtel-Dieu du CHUM après stabilisation selon un protocole établi, et ce, dans les meilleurs délais possibles. Comme dans la section précédente, des démarches pour la signature de deux ententes devront aussi être réalisées. Une première entente pour le transfert en amont de ces patients devra être signée entre l'Hôtel-Dieu du CHUM, les cinq CSSS et les agences de Montréal et de l'Outaouais. Il est à noter que sur le site Web du FESCT, il y a une entente type disponible concernant les transferts en amont qui doit être utilisée à cet effet. Il faut aussi préciser que contrairement aux blessés médullaires, toutes les urgences de la région peuvent transférer directement les personnes victimes de brûlures graves directement à l'Hôtel-Dieu du CHUM.

Pour le retour de ces patients dans la région, une seconde entente devra également être élaborée et signée, mais cette fois, entre le Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec, les établissements concernés de la région ainsi qu'entre les agences de l'Outaouais et de Montréal.

Mesure # 48 :

- Entreprendre les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le transfert en amont des personnes victimes de brûlures graves entre les cinq CSSS de la région, l'Hôtel-Dieu du CHUM et les deux agences concernées ;
- Élaborer un projet de protocole d'entente pour le retour de ces personnes dans la région ;
- Consulter les instances et les établissements concernés de la région sur le projet protocole d'entente ;
- Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente entre tous les établissements et instances concernés.

13.4 LES PERSONNES NÉCESSITANT DE LA CHIRURGIE DE RÉIMPLANTATION

Actuellement, le MSSS n'a pas encore désigné de centre d'expertise pour personnes nécessitant de la chirurgie de réimplantation. Toutefois, des travaux en ce sens devraient bientôt débuter. Par ailleurs, il importe de préciser qu'il existe un corridor formel, mais sans entente signée avec l'Hôpital Notre-Dame du CHUM. Ainsi, lorsque des situations de ce genre se présentent dans la région et que c'est possible, les patients y sont dirigés.

D'autre part, lorsque le MSSS aura désigné les centres d'expertise pour cette clientèle, il y aura lieu d'entreprendre les mêmes démarches telles que décrites dans les deux sections précédentes.

Mesure # 49 :

Entreprendre les démarches pour la signature des protocoles d'entente entre tous les établissements et instances concernés lorsque le MSSS aura désigné les centres d'expertise pour personnes nécessitant de la chirurgie de réimplantation.

14 FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Dans le cadre du Programme continu d'assurance qualité, chaque centre désigné doit élaborer un Programme de formation et de maintien des compétences afin d'assurer et de maintenir une intervention de qualité. Ce volet régional est sous la responsabilité du CSSS de Gatineau - Hôpital de Hull qui a mis en place un sous comité à la formation chargé d'évaluer les besoins de formation des différents groupes d'intervenants et d'élaborer un Programme de formation et de formation continue. Il relève du comité local de traumatologie du CSSS de Gatineau. Cependant, il n'a pas siégé depuis un certain temps et devra être, soit réactivé, ou faire l'objet d'une réévaluation de son mode de fonctionnement.

Mesure # 50 :

- Réévaluer le mode fonctionnement du sous-comité de formation ;
- En lien avec les mesures # 4 et 40 concernant le Programme d'assurance qualité, élaborer un Programme de formation et de maintien des compétences et déposer un bilan annuel auprès du comité régional.

CONCLUSION

Ce plan directeur régional en traumatologie propose une intégration des services devant permettre une prestation efficiente et efficace des soins et des services offerts aux personnes victimes d'un traumatisme grave ou susceptible de l'être, allant de la prévention des blessures d'origines traumatiques jusqu'aux services de maintien dans la communauté de ces personnes.

Ainsi, l'actualisation des mesures proposées tout au long du présent document et regroupées dans un plan d'action va, sans aucun doute, favoriser l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et des services offerts à la population.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. (2005), *Plan régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de la planification et de la programmation, Gaspé, 64 p.
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière. (2005), *Plan directeur en traumatologie 2005-2008, Région de Lanaudière*, Joliette, 17 novembre, 31 p.
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2004), *Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services, Proposition de configuration des territoires et des instances locales - Une vision intégrée du réseau Outaouais – document de consultation*, Gatineau, 9 mars, 60 p.
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean. (2005), *Plan directeur régional en traumatologie, Saguenay-Lac-St-Jean*, Chicoutimi, 30 juin, 41 p.
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2006), *Plan directeur régional en traumatologie, Région des Laurentides, Cibles 2005-2008*, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, St-Jérôme, 101 p.
- Cardinal, Michel. (2004), *Répartition des hospitalisations de courte durée pour les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus de l'Outaouais*. Données extraites de MED-ECHO 2002-2003, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais, Direction de la coordination du réseau et des ententes de gestion, Gatineau.
- Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouais. (1998), *Programme intégré de soins et services pour les traumatisés à risque*, Hôpital de Hull, Direction des services professionnels, Hull, rév. février 2004, 28 p.
- Émond, Lise. (2007). *Accidents de la route en Outaouais : 1989-2006. Document de travail*. Direction de la santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Gatineau, août, 33 p.
- Gouvernement du Québec. (2006), *Continuum de services en traumatologie (CST), Continuum de services en traumatologie, Historique et Mission*, [En ligne] <http://www.fecst.gouv.qc.ca/fr/cst/historique.php> et <http://www.fecst.gouv.qc.ca/fr/maillon/index.php>, pages consultées le 13 mai 2006.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2007), *Hausse de 25 % des hospitalisations à la suite de blessures en VTT en moins de dix ans*, 4 octobre, [En ligne] http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_04oct2007_f, page consultée le 5 octobre 2007.
- Institut de la statistique du Québec. (2005a), « La mortalité » dans *La situation démographique au Québec, Bilan 2005, Les familles au tournant du XXI^e siècle*, Québec, (décembre) pp. 61-75 [En ligne] : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2005/Bilan2005c4.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2005b), *Projections de population selon le territoire de CLSC, le sexe et l'année d'âge, au 1 juillet, 2001 à 2026*, Diffusé par le MSSS, Service du développement de l'information, janvier, [En ligne] : <http://www.Santepublique-outaouais.qc.ca/app/DocRepository/12/publications/ProjectionsPopulation1.xls>, page consultée le 2 novembre 2005.
- Institut national de santé publique en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique. (2006), *Portrait de santé du Québec et ses régions, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Les analyses*, Québec, 131 p.

- LABERGE-NADEAU, Claire, MESSIER, Stéphane et HUOT, Isabelle. (1998), *Guide des services offerts aux blessés de la route, au Québec*, Laboratoire sur la sécurité des transports du Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal, Montréal, 231 p. [En ligne] <http://www.crt.umontreal.ca/guide-blesses-route>, page consultée le 22 décembre 2006.
- LAPOINTE, Jean. (2006), *Le continuum de services en traumatologie – consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC*, présentation (PowerPoint) faite le 6 octobre.
- LAPOINTE, Jean et ROY, René. (2006), « La traumatologie plus d'une décennie de partenariat MSSS/SAAQ, FEST, Fonction évaluative du continuum de services en traumatologie », présentation (PowerPoint) faite au 12^e colloque annuel de Traumatologie Défis, La Communication, Québec, 23 et 24 février.
- LAPOINTE, Pierre. (2003), *Historique du réseau national de traumatologie*, Présentation au colloque 2003, [En ligne] <http://www.traumaquebec.com/client/uploads/71/3290522.pdf>, page consultée le 11 mai 2006.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006), *Cadre normatif – Registre des traumatismes du Québec (RTQ) – version 1.2*, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, Québec, 1^{er} avril.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005a), *Cadre normatif – Registre des traumatismes du Québec (RTQ) – version 1.1*, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005b), *Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Programme québécois de traumatologie, Québec, 7 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003), *Partage des responsabilités entre les organisations faisant partie du réseau de services en traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Programme québécois de traumatologie, Québec, 21 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002a), *Projet de développement d'un Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves, Paramètres d'organisation*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Programme québécois de traumatologie, Québec, 38 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002b), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, Québec, 119 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001), *Les mécanismes de concertation en traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Programme québécois de traumatologie, Québec, 34 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1999), *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, Paramètres d'organisation*, Québec, 7 juillet, 29 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1996), *Guide pour la désignation des centres de traumatologie selon les niveaux de soins, Version 3*, Québec, 33 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995), *Services préhospitaliers d'urgence et traumatologie, Système intégré de soins en traumatologie, État de situation et projections 1995-1996*, Direction générale des programmes, Québec, 37 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992), *La politique de la santé et du Bien-être*, Québec, 192 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux et Société de l'assurance automobile. (2005), *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Programme de traumatologie, Direction de la vigie, de l'expertise médicale et du partenariat, Service de la programmation en réadaptation, Québec, 133 p.
- Ministère des Affaires municipales et des régions. (2006), *Atlas régionaux comportant une carte régionale sur le statut des MRC ainsi qu'une carte par MRC représentant les municipalités locales et leurs populations*, [En ligne] http://www.mamr.gouv.qc.ca/Publications/carthotèque/région_07.pdf, page consultée le 17 mai 2006.
- Ministère des Transports du Québec. (2006), *Distances routières* [En ligne] <http://www.mtq.gouv.qc.ca/fr/information/distances/index1.asp>, page consultée le 23 mai 2006.
- Ministère des Services gouvernementaux de l'Ontario. (2007), *11) Noms d'hôpitaux, Le 24 juillet 2007*, [En ligne] http://www.onterm.gov.on.ca/ViewRefList_f.asp?list_id=150, page consultée le 15 octobre 2007.
- Ministère des Transports et Société de l'assurance automobile du Québec. (2001), *Politique de sécurité dans les transports, 2001-2005, Volet routier*, Services des politiques de sécurité et Service des études stratégiques en sécurité routière, Québec, 112 p.
- Organisation mondiale de la santé. (1977), *Classification internationale des maladies, Manuel de la classification des maladies, traumatismes et causes de décès, Volume 1*, Genève, pp. 27-34.
- Organisation mondiale de la santé. (1993), CIM-10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, Volume 1*, Genève, pp. 83-90.
- OUTCOME-RÉA. (2006), *ISS: Injury severity score*, [En ligne] <http://www.outcome-rea.org/cours/scores/iss1.html>, page consultée le 22 décembre 2006.
- PAQUET, J. (2005), « Le traitement initial du traumatisé crânien grave pour que personne ne perde la tête ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, no. 8 (août), pp. 67-74.
- Québec-Transplant. (2006), *Rapport annuel 2005-2006, Le dons d'organes... un don de vie*, Montréal, septembre, 25 p.
- Régie régionale de la santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2003), *Pour des gens en santé dans des milieux en santé, Plan d'action régional en santé publique, Outaouais, 2004-2007*, Direction de la santé publique, Gatineau, décembre, 74 p.
- Régie régionale de la santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2002), *Le portrait de santé, La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC*, Direction de la santé publique, Édition 2002, Hull, 212 p.
- Régie régionale de la santé et de services sociaux de l'Outaouais. (1995), *La surveillance des accidents de la route en Outaouais, 1984 à 1994*, Direction de la santé publique, Gatineau, décembre, 42 p.
- SAMPALIS, John s. (1999), « Trauma Care Regionalization : A Process-Outcome Evaluation », *The Journal of Trauma : Injury, Infection, and Critical Care*, Vol. 46, No. 4, April, pp. 565-581.
- SAAQ, MSSS, INSPQ (2006). *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : Document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelon local*. Comité intersectoriel MSSS-SAAQ sur les sièges d'auto pour enfants. 77 p.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2006), *Dossier statistique - Bilan 2005 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Direction des études et des stratégies en sécurité routière à la Direction générale de l'actuariat, de la recherche et des enquêtes, Québec, mai, 209 p.

- Société de l'assurance automobile du Québec. (2005), *Dossier statistique - Bilan 2004 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Direction des études et des stratégies en sécurité routière à la Direction générale de l'actuariat, de la recherche et des enquêtes, Québec, mai, 209 p.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (1999), *Dossier statistique, Bilan routier, 1998, Janvier à décembre*, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction générale de la planification et de la statistique, Québec, mars, 32 p.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (1998), *Dossier statistique - Bilan 1997 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction générale de la planification et de la statistique, Québec, mai, 207 p.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2001), *Cadre de référence clinique pour l'élaboration de programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral – Adultes*, Comité conseil en traumatologie, Service de la programmation en réadaptation, Québec, 2^e version, 156 p.
- Société française d'anesthésie et de réanimation. (2006), *ISS – RTS – TRISS*, [En ligne] <http://www.sfar.org/scores/triss.html>, page consultée le 22 décembre 2006.
- TRANS (2006). *Enquête Origine-Destination 2005, Principaux résultats*, [En ligne] <http://www.ncr-trans-rcn.ca/index.php?toc=content&ID=209&lang=fr>, page consultée le 9 février 2007.

ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'action en traumatologie 2006-2009

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
MÉCANISMES DE CONCERTATION				
1	Tenir au moins quatre rencontres par année du comité régional de traumatologie	Nombre de réunions par année	Agence	Continu
2	a) Tenir au moins quatre rencontres par année du comité local b) Faire parvenir à l'Agence les comptes rendus des rencontres du comité local	Nombre de réunions par année Nombre de comptes rendus reçus	Comité local de chacun des CH désignés	Continu
3	Tenir au moins trois rencontres par année du comité stratégique Consortium TCC	Nombre de réunions par année	Agence et établissements composant le consortium	Continu
4	a) Compléter le RTQ b) Déposer le bilan annuel des activités d'analyses et de discussion des résultats contenus dans le RTQ	Nombre d'établissements désignés qui ont complété le RTQ Nombre de bilans déposés	Comité local de chacun des CH désignés	Continu Annuel
SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION				
5	Soutenir la promotion de l'utilisation correcte du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, notamment, par une étroite collaboration entre les CSSS et ses partenaires afin de favoriser l'accès pour les parents aux spécialistes du dispositif de retenue	À développer	Direction de santé publique de l'Agence, CSSS et les partenaires	Continu
6	Entreprendre des démarches auprès des CSSS sur la possibilité de cibler les enfants d'âge scolaire par l'application d'un continuum d'activités afin de rejoindre les parents et les enfants à des moments clés, entre la grossesse et le temps où l'enfant peut utiliser la ceinture de sécurité	Nombre de CSSS rejoints À développer	Direction de santé publique, CSSS et les partenaires	À déterminer
7	Évaluer la pertinence de redonner la formation qui a porté sur le cannabis au volant auprès d'intervenants tant du réseau de la santé et des services sociaux que du milieu scolaire	Rapport d'évaluation	Direction de santé publique	À déterminer
8	a) Sensibiliser les CSSS à la problématique des	Nombre de CSSS rencontrés	Direction de santé publique	À déterminer

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
	traumatismes routiers et au rôle des intervenants en prévention afin d'élaborer des interventions visant à réduire l'impact des traumatismes sur la population et le réseau de soins de santé b) Explorer la possibilité, avec les CSSS, de travailler en intersectoriel en participant aux comités ou tables de concertation de la sécurité routière, afin de promouvoir la sécurité et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies	À développer		
9	Soutenir les CSSS dans leur participation à la Table de concertation sur les VHR en Outaouais, dans la mise sur pied d'un comité de sécurité et dans leur contribution à l'identification des sites de sentiers dangereux	Nombre de CSSS rencontrés Mise sur pied du comité de sécurité	Direction de santé publique	À déterminer
10	Maintenir l'implication de la Direction de santé publique de l'Agence au sein du Groupe de travail sur la sécurité des sentiers récréatifs de la Ville de Gatineau	Nombre de rencontres	Direction de santé publique	Continu
11	Maintenir l'implication de la Direction de santé publique par l'entremise de Kino-Québec dans le cadre des travaux de l'organisme Vélo-route trans-Québec	Nombre de rencontres	Direction de santé publique	Continu
12	Maintenir l'implication de la direction de santé publique (Kino-Québec) dans le cadre du projet « Mon école à pied, à vélo » et voir à la possibilité de le déployer régionalement	Nombre d'écoles qui ont adhéré au projet	Direction de santé publique, Québec en forme, Loisir sport Outaouais et Ville de Gatineau	Continu
13	Poursuivre les travaux de sensibilisation auprès des décideurs municipaux en lien avec l'aménagement de milieux de vie favorables à la pratique d'activités physiques en s'appuyant notamment, sur le document « Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger »	Nombre de personnes rencontrées	Direction de santé publique	Continu
14	Collaborer avec les CSSS, à la formation d'un groupe de travail, afin de déterminer les pratiques en prévention des TNI à consolider et à développer, dans les CSSS	Groupe de travail mis en place	Direction de santé publique et CSSS	Continu

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
15	Maintenir le soutien à la promotion d'un mode de vie physiquement actif auprès des regroupements d'aînés de l'Outaouais notamment, dans le cadre du programme Viactive et des regroupements (clubs) de marche	Nombre de formations et de sessions d'information Viactive Nombre de regroupements et de participants Viactive en Outaouais	DSP en partenariat avec la FADOQ – Région de l'Outaouais	Continu
16	Poursuivre le soutien aux interventions multifactorielles non personnalisées en prévention des chutes notamment, le Programme intégré d'équilibre dynamique - PIED maintenant régionalisé	Nombre de groupes et de participants	Direction de santé publique et CSSS	Continu
17	Soutenir l'implantation des interventions multifactorielles personnalisées en prévention des chutes qui visent les personnes âgées en soutien à domicile	Nombre personnes âgées en perte d'autonomie inscrites en soins à domicile qui reçoivent des interventions en prévention des chutes	Direction de santé publique et CSSS	Projet pilote 1 CSSS : septembre 2007 à septembre 2008 Régionalisation aux 5 CSSS : début automne 2008
18	Soutenir les interventions médicales préventives en prévention des chutes qui visent les personnes âgées en actualisant le cadre de référence ministérielle. Le volet régional sera à développer au cours des prochaines années en fonction du cadre ministériel qui est en développement et à venir	À développer	Direction de santé publique et CSSS	À venir en 2009
19	Poursuivre le déploiement du concours <i>École active</i> auprès des écoles de l'Outaouais	Nombre d'écoles participantes	Direction de santé publique en collaboration avec les CSSS	Annuel (hiver et printemps)
20	Maintenir la participation de la Direction de santé publique au déploiement du Réseau vélo-boulot et s'assurer que dans les divers outils de communication il y ait une sensibilisation au port du casque à vélo, à l'installation de dispositifs de visibilité ainsi qu'au respect du code de la sécurité routière	Nombre de communications (outils, articles, etc.) portant sur la sécurité à vélo et diffusées aux participants Nombre de participants rejoints par les outils de communication vélo-boulot	Table de concertation vélo de l'Outaouais (incluant la Direction de santé publique)	Annuel (été)
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE				
21	Sensibiliser les centres 911 sur l'importance d'éviter tout délai.	Nombre de centres qui ont fait l'objet d'une sensibilisation	Centrale d'appels d'urgence	Mars 2007
22	Signer une entente avec chacun des centres 911	Nombre d'ententes signées	Centrale d'appels d'urgence	Printemps 2007

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
23	Assurer un suivi auprès des services de police de la région pour connaître ceux qui ont présenté la vidéo sur les accidents à haute vitesse	Nombre de services de police qui ont présenté la vidéo aux personnes concernées de leur service	Agence	Automne 2007
24	Former tous les TAP au nouveau système standardisé de traitement d'appels médicaux urgents (Clawson)	Nombre de TAP formés	Agence	Printemps 2007
25	Faire un état de situation sur la problématique des appels faits au 911 à partir d'un téléphone cellulaire	Réalisation de l'état de situation	Agence	Automne 2007
26	Compléter la grille de critères pour identifier les premières municipalités où il serait bénéfique d'implanter des services de premiers répondants et poursuivre les démarches auprès des municipalités ciblées et celles qui le seront	- Nombre de municipalités où des services de premiers répondants sont implantés - Nombre de premiers répondants formés	Agence	Continu
27	Planifier la formation pour la recertification PHTLS des TAP	Nombre de TAP recertifiés	Agence	Printemps 2008
28	a) Sensibiliser les MRC ou les municipalités qui n'envoient pas les équipes de décarcération automatiquement afin qu'elles le fassent b) Sensibiliser les municipalités qui n'ont pas d'entente au niveau de la décarcération pour qu'elles mettent en place une équipe ou signent une entente avec une municipalité ayant un tel service	- Nombre de MRC ou de municipalités qui envoient de façon systématique l'équipe de décarcération - Nombre de municipalités sans entente qui ont mis sur pied une équipe de décarcération ou qui ont signé une entente avec une municipalité ayant un tel service	Agence	Printemps 2008
29	a) Dresser un portrait sur les interventions préhospitalières effectuées auprès des victimes de traumatismes par l'analyse des formulaires de transports de tous les cas de traumatismes (identifiés comme tel ou non) sur une période de six mois b) Élaborer un plan d'action incluant un plan de formation en fonction des lacunes identifiées c) Instaurer un Programme d'amélioration continu de la qualité portant notamment, sur l'orientation primaire des victimes de traumatismes	- Portrait complété - Plan d'action - Programme d'amélioration continu de la qualité	Agence	Avril 2008 Juin 2008 À déterminer

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
30	Effectuer les démarches auprès des centres receveurs ne faisant pas partie du réseau de la traumatologie pour qu'ils deviennent membre du comité régional de traumatologie	Nombre de centres receveurs ne faisant pas partie du réseau de la traumatologie membre du comité régional de traumatologie	Agence et comité régional de traumatologie	Automne 2008
31	Faire des démarches auprès des centres receveurs ne faisant pas partie du réseau de traumatologie pour les sensibiliser à l'importance de transférer rapidement ces patients, et ce, en collaboration avec les experts du centre de traumatologie secondaire régional et/ou avec des experts en matière de traumatologie du RUIS McGill en plus d'identifier des mesures pour corriger ces situations lorsque requis	Nombre de centres rencontrés	Agence, CSSS de Gatineau et/ou RUIS McGill	Automne 2008 et continu
32	Analyser la possibilité de mettre en place un comité de formation qui devra se pencher sur les besoins des intervenants des centres de traumatologie et des centres receveurs sans désignation en traumatologie	Formation d'un comité de formation si requis	Agence	Automne 2008
33	Élaborer un Programme d'assurance qualité pour les SPU ainsi qu'un plan d'action pour l'actualiser	- Programme d'assurance qualité - Plan d'action	Agence	Printemps 2008
SANTÉ PHYSIQUE				
34	Revoir les ententes intervenues entre le centre secondaire régional et les deux centres primaires et les ajuster le cas échéant	Nombre d'ententes révisées	Centres désignés	Automne 2007
35	Entreprendre les démarches pour la signature d'un protocole d'entente entre le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, le CSSS d'Antoine-Labelle et les deux agences concernées	Entente signée	Agences concernées et les deux CSSS	Printemps 2008
36	Compléter les démarches pour la signature de l'entente à intervenir entre les CSSS, l'Hôpital d'Ottawa et l'Agence	Entente signée	Agence, les CSSS et l'Hôpital d'Ottawa	Automne 2008
37	Entreprendre les démarches pour la signature d'ententes précisant les modalités de transfert de traumatisé majeur entre le CSSS de Gatineau et les CSSS de Papineau et des Collines	Nombre d'ententes signées	CSSS de Gatineau, CSSS de Papineau et le CSSS des Collines	Automne 2008

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
38	a) Assurer le suivi des recommandations du groupe-conseil lors des visites en 2004 ; b) Revoir le Programme local de traumatologie et les procéduriers afin de les rendre conforme aux exigences matricielles et les déposer sur le site Web du FECST ; c) Déposer un bilan de l'état d'avancement des travaux, au moins une fois l'an, au comité régional de traumatologie.	Bilan de l'actualisation des recommandations Conformité des programmes et des procéduriers sur le site Web Nombre de bilans déposés	Centres désignés	Continu Janvier 2008 Annuel
39	a) Actualiser l'ensemble des volets de l'entente intervenue entre les CSSS et le CHEO ; b) Définir les modalités de retour au Québec de l'enfant hospitalisé au CHEO et signature d'une entente spécifique à cet effet	État d'avancement des travaux Entente signée	Agence, CRRLR et CSSS de Gatineau	Automne 2007
40	En lien avec la mesure # 4, déposer un bilan annuel concernant le Programme d'assurance qualité auprès du comité régional de traumatologie	Nombre de bilans déposés	Chaque établissement désigné	Annuel
CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES				
Les personnes ayant subi un TCC modéré ou graves				
41	Élaborer un modèle d'organisation des services pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave	Modèle d'organisation de services	Consortium (Agence, CSSS de Gatineau, CRRLR et ANO)	Décembre 2007
42	Réviser et compléter la programmation pour les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave	Programmation	CSSS de Gatineau	Décembre 2007
43	Réviser et compléter la programmation pour les personnes ayant subi un TCC modéré ou grave en tenant compte des constats émis par le groupe-conseil	Programmation	CRRLR	Mars 2008
44	Réviser la documentation relative au fonctionnement du Consortium notamment, en ce qui concerne : a) Le partage de l'offre de services ; b) Les mécanismes de liaison ; c) Les critères d'admissibilité et de congé ; d) Les modalités de transfert.	Plan d'organisation de services	Consortium (Agence, CSSS de Gatineau, CRRLR et ANO)	Avril 2008

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
Les personnes ayant subi un TCCL				
45	a) Élaborer l'organisation régionale de services à l'intention des personnes victimes d'un TCCL selon les orientations ministérielles. Pour ce faire, les activités suivantes sont prévues : ■ Compléter l'état de situation sur les services actuellement offerts et plus particulièrement en ce qui a trait au nombre de références reçues au CSSS de Gatineau, à la provenance, au processus, ainsi qu'au traitement de ces références, etc., en tenant compte des cinq zones d'amélioration identifiées par le MSSS ; ■ Consultations auprès des partenaires sur l'organisation des services actuelle et attendue ; ■ Ajustement de l'organisation des services en tenant compte de ce qui précède ; ■ Rédaction du modèle d'organisation retenu. b) Assure le suivi de son actualisation auprès des partenaires et collige les informations et données nécessaires à ce suivi.	Plan d'organisation de services	CSSS de Gatineau	Mars 2008 Mars 2008 Avril 2008 Décembre 2008 1^{er} bilan : septembre 2008 2^e bilan : décembre 2008
Les personnes atteintes d'une blessure médullaire				
46	a) Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le transfert en amont des blessés médullaires entre l'Hôpital du Sacré-Cœur, les trois centres désignés et les deux agences concernées b) Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le retour des blessés médullaires dans la région entre les établissements et les agences concernées	Entente signée Entente signée	Agences de l'Outaouais et de Montréal, les CSSS de Gatineau, Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau et l'HSCM Agences de l'Outaouais et de Montréal, les 5 CSSS, le CRRLR et les établissements composant le centre d'expertise de l'Ouest du Québec	Automne 2007 Automne 2007

#	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
47	Poursuivre les démarches auprès de l'Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais et de l'Association des paraplégiques du Québec quant à une contribution possible de l'un de ces organismes ou des deux au continuum de services pour les personnes victimes de blessures médullaires.	Participation de l'un ou des deux organismes à l'offre de services	Agence	Printemps 2008
Les personnes victimes de brûlures graves				
48	a) Entreprendre les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le transfert en amont des personnes victimes de brûlures graves entre les cinq CSSS de la région, l'Hôtel-Dieu du CHUM et les deux agences concernées ;	Entente signée	Agence et CSSS de la région en concertation avec l'Hôtel-Dieu du CHUM	Printemps 2008
	b) Compléter les démarches pour la signature du protocole d'entente pour le retour des victimes de brûlures graves dans la région entre tous les établissements et agences concernés	Entente signée	Agences de l'Outaouais et de Montréal, les 5 CSSS de la région et les établissements composant le centre d'expertise de l'Ouest du Québec	Printemps 2008
Les personnes nécessitant de la chirurgie de réimplantation				
49	Entreprendre les démarches pour la signature des protocoles d'entente entre tous les établissements et instances concernés lorsque le MSSS aura désigné les Centres d'expertise pour personnes nécessitant de la chirurgie de réimplantation.	Entente signée	Agence et les CSSS de la région en concertation avec le centre d'expertise désigné	À venir
Formation et maintien des compétences				
50	a) Réévaluer le mode de fonctionnement du sous-comité de formation	Recommandation quant au mode de fonctionnement du sous-comité	CSSS de Gatineau en concertation avec le comité régional de traumatologie	Printemps 2008
	b) En lien avec les mesures # 4 et 23 concernant le Programme d'assurance qualité, élaborer un Programme de formation et de maintien des compétences et déposer un bilan annuel auprès du comité régional	Bilan		Annuel

Annexe 2 : Continuum de services en traumatologie



Annexe 3 : Catégorisation et niveau de désignation des établissements de santé

Centre de traumatologie tertiaire	Constitue le centre de référence suprarégional et, de ce fait, doit recevoir toutes les victimes de traumatismes majeurs ne pouvant être traités dans les autres catégories de centre de traumatologie. Il offre 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, aux victimes de brûlures graves, aux personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence.
Centre de traumatologie secondaire	Centre accueillant les victimes de traumatismes qui ne requièrent pas de soins neurochirurgicaux et dont la condition nécessite un plateau technique moins sophistiqué que celui des centres tertiaires. Il offre des services de chirurgie générale, d'orthopédie, de soins intensifs polyvalents ainsi que de la réadaptation précoce.
Centre de traumatologie secondaire régional	En plus d'offrir la plupart des services spécialisés offerts par un centre secondaire de traumatologie, il offre des services en neurotraumatologie et des services connexes. Certains centres secondaires régionaux, de par leur implication dans un consortium d'établissements, sont responsables des services surspécialisés en neurotraumatologie pour la région qu'ils desservent.
Centre de traumatologie primaire	Centre disposant d'un plateau technique de base pour assurer en tout temps une couverture en anesthésie et en chirurgie générale. Il effectue une stabilisation médicale et chirurgicale des victimes de traumatismes majeurs avant de les référer à un centre de niveau secondaire ou tertiaire. Il est situé à plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire.
Service de stabilisation médicale	Centre disposant d'un plateau technique minimal où l'on ne peut que stabiliser médicalement et non pas chirurgicalement les victimes de traumatismes majeurs avant de les référer à un centre de traumatologie qui lui est désigné selon les corridors de services. Il est situé à plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie primaire, secondaire ou tertiaire. Le délai d'intervention ne doit pas excéder 10 minutes et, si nécessaire, le centre doit prévoir une escorte médicale auprès de la victime traumatisée à risque lors du transfert.
Consortium d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave	Regroupement d'établissements offrant les services et le niveau d'expertise requis pour répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant subi un TCC modéré ou grave.
Centre d'expertise	Établissements offrant des services experts aux individus blessés médullaires, aux grands brûlés et aux personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence. Ces établissements remplissent leur mandat dans le contexte d'un consortium d'établissements constituant le centre d'expertise.

N.B. : Il est à noter que des établissements de santé dotés d'une urgence ne font pas tous l'objet d'une désignation dans le cadre du Programme québécois de traumatologie car ces établissements sont habituellement situés à moins de 30 minutes d'un centre de traumatologie désigné. Toutefois, en tant que centres receveurs, ils peuvent recevoir des cas de traumatologie majeurs instables, lesquels doivent être transportés vers le centre receveur le plus près. Pour ces cas, ces centres sont alors considérés comme des centres de stabilisation médicale et, par conséquent, ils doivent traiter ces cas en tant que tels. Ainsi, le délai d'intervention ne doit pas excéder 10 minutes et, si nécessaire, ils doivent prévoir une escorte médicale auprès de la victime traumatisée à risque lors du transfert vers un centre de traumatologie désigné.

Annexe 4 : Injury severity score (ISS)

Définition :

L'ISS est un système d'évaluation de la gravité d'un patient polytraumatisé, en fonction du siège des lésions. Il a été défini par l'American Association for Automotive Medicine. L'ISS est un complément de l'AIS (Abbreviated Injury Scale) qui a été développé vers le milieu des années 70. Cet indice représente un outil pour évaluer le degré de sévérité de l'ensemble des blessures et des dommages anatomiques.

Il se calcule par la somme des carrés des trois lésions anatomiques les plus touchées. L'indice varie de 1 à 75 ; on attribue généralement un indice de 16 à 25 à un traumatisme modéré à majeur, de 26 à 50 à un traumatisme majeur et de 51 à 75 à un traumatisme fatal (Lemire 1994).

Application : Polytraumatisé

Description et pondération des lésions présentes sur le corps qui est divisé en 6 régions anatomiques distinctes : tête et cou, face, thorax, abdomen/pelvis, membres/pelviennne et, peau/tissus sous cutané.

Tableau I : AIS

Région du corps	Gravité / Pointage
Tête et cou	<i>Pas de lésion :</i> 0
Face	<i>Blessure mineure :</i> 1
Thorax	<i>Blessure modérée :</i> 2
Abdomen/pelvis	<i>Blessure sérieuse :</i> 3
Membres/bassin	<i>Blessure sévère :</i> 4
Peau/tissus sous cutané	<i>Blessure critique :</i> 5

Calcul :

- Le score est calculé en retenant les trois régions anatomiques les plus touchées, c'est-à-dire celles dont l'AIS est le plus élevé. Par la suite, faire la somme du carré de chacune de ces trois valeurs, le total ne peut dépasser 75 :
 - $ISS = (AISa)^2 + (AISb)^2 + (AISc)^2$;
 - a, b, c = Les trois zones anatomiques les plus gravement atteintes ;
 - (AIS a, b, c,) = degré de sévérité AIS le plus élevé pour chacune des régions a, b, c.
- Plus le total est élevé, plus le traumatisme est grave ;
- Si les trois régions donnent 5 points l'ISS est par définition à 75.

Adapté de:

Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB - The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 1974;14(3):187-96

Sources : <http://www.outcome-rea.org/cours/scores/iss1.html> et <http://www.crt.umontreal.ca/guide-blesses-route/2.1.5.html>, pages consultées le 22/12/2006

Annexe 5 : COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE

(Adopté par le comité régional de traumatologie à sa séance du 15 février 2006 et modifié le 16 novembre 2006)

Le « *Programme québécois de traumatologie* », dont la finalité est la mise en place d'un réseau provincial de traumatologie, lequel se doit de couvrir de façon intégrée toutes les étapes du continuum de services requis par les victimes de traumatismes, prévoit plusieurs mécanismes de concertation. Parmi ceux-ci, il y a la création d'un comité régional de traumatologie dont le mandat est :

- D'évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et d'élaborer un Programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme ;
- De superviser l'implantation et d'assurer le suivi du Programme régional de traumatologie (préhospitalier, hospitalier, réadaptation et soutien à l'intégration) ;
- De voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux ;
- De s'assurer de l'existence des protocoles de transferts requis ;
- D'émettre des avis et des recommandations en matière de dépistage et de prévention ;
- De s'assurer de la qualité des soins et de l'accessibilité à toute la population de la région ;
- De veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire selon les exigences formulées par le groupe-d'experts pour la désignation du niveau de soins ;
- De recevoir et d'assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil en traumatologie en vue de la désignation des établissements par le MSSS ;
- De recevoir et d'assurer l'implantation des recommandations découlant des visites des équipes du groupe-conseil en traumatologie, volets santé physique et réadaptation/soutien à l'intégration et promouvoir l'amélioration continue des services offerts ;
- De contribuer à la planification de certains éléments du continuum, à l'élaboration de programmes spécifiques (exemple : suivi de la mise en place d'un registre des traumatismes dans les établissements désignés) et à leur application ;
- D'assurer la promotion du développement du Programme régional de traumatologie ;
- D'assurer un rôle conseil auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (Agence).

Composition

Le comité se compose des personnes suivantes :

- Représentant(s) de chacun des hôpitaux désignés ;
- Représentant(s) des services préhospitaliers d'urgence ;
- Représentant(s) de l'Agence ;
- Représentant(s) de CSSS mission CLSC ;
- Représentant(s) des services de réadaptation ;
- Représentant(s) des services de soutien à l'intégration (autre que mission CLSC) ;
- Représentant des usagers.

Au besoin, les membres du comité se réservent le privilège d'inviter certaines personnes ressources afin de faciliter les travaux du comité.

Échéancier

Comme le comité est issu du Programme québécois de traumatologie, les échéances des actions à réaliser sont tributaires des recommandations formulées par le groupe-conseil en traumatologie puisque ce dernier a été mandaté pour assurer les suivis quant à la conformité du niveau de performance des établissements désignés.

Réunions du comité

■ Fréquence et dates des réunions

La fréquence des réunions du comité sera d'au moins quatre réunions par année.

■ Lieu des réunions

Les réunions se tiendront à l'Agence. Au besoin, les rencontres pourront avoir lieu dans d'autres locaux comme les centres désignés.

■ Dates et convocations

Les convocations pour les réunions du comité sont faites par le secrétariat de la direction des Affaires médicales et signifiées par écrit à tous les membres du comité, dans la mesure du possible, dans les 14 jours ouvrables avant ladite réunion.

■ Les comptes rendus des réunions

Les comptes rendus des réunions du comité sont préparés au secrétariat de la direction des Affaires médicales et distribués à tous les membres pour approbation et suivi.

Annexe 6 : Mandat du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave
CSSSG - Hôpital de Hull/CRR la RessourSe/ANO
(Adopté par le comité directeur en neurotraumatologie à sa séance du 9 juin 2005)

MANDAT :

Au-delà des responsabilités spécifiques de chacune des organisations membres du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave de l'Outaouais, ce dernier a pour mandat d'assurer l'articulation étroite entre les établissements et les organismes impliqués au sein du continuum de services offerts aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave et leurs proches.

Pour ce faire, le *consortium* assure un leadership dans la prise en charge de ces personnes et doit faire des recommandations à l'Agence et au réseau en matière de planification, de suivi et de support aux étapes qui se situent en amont et en aval de ses actions. Les objectifs poursuivis sont :

- D'assurer une réponse optimale aux besoins de ces personnes par la mise en place d'une approche globale et interdisciplinaire centrée sur la personne assurant la continuité des services et l'élimination des délais d'attente tout au long du processus ;
- De favoriser une accessibilité aux services requis le plus près possible du milieu de vie des personnes ;
- D'assurer un suivi clinique répondant aux besoins variés et récurrents des personnes TCC et leurs proches au plan biopsychosocial ;
- De favoriser la reconnaissance de la compétence de la personne et de ses proches et de la pertinence de leur contribution à l'élaboration des modalités du plan de services qui les concerne ;
- D'élaborer un programme de qualité pour que la personne soit desservie au bon endroit, au bon moment et avec les bonnes ressources ;
- D'assurer un support clinique aux ressources se situant en amont et en aval ;
- De mettre en place une évaluation continue du fonctionnement du consortium et des résultats obtenus ;
- D'assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil en traumatologie ;
- D'assurer le développement et la diffusion des connaissances dans le domaine tant auprès des membres du consortium que de leurs partenaires.

Annexe 7 : Nombre de décès parmi les résidents de l'Outaouais de 1983 à 2002

Tableau préliminaire

Sources	Années	Nombre total de décès - résidents R07 (D)	Traumatismes non intentionnels				Traumatismes intentionnels			Total app. décès - traumatismes (O=F+K)	% décès traumatisme / décès total (O/D)	
			Total traumatismes non intentionnels (F)	Accidents de véhicules à moteur (H)	Chutes accidentelles (I)	Autres (J=F-H-I)	Total app. traumatismes intentionnels (K=M+N)	Suicides (M)	Homicides (envrion 5 par année) (N)			
Éco-Santé 2006	1983	1 514	85	44	11	30	45	40	5	130	8,59%	
	1984	1 539	87	45	11	31	50	45	5	137	8,90%	
	1985	1 561	93	46	12	35	53	48	5	146	9,35%	
	1986	1 600	92	44	12	36	56	51	5	148	9,25%	
	1987	1 628	84	40	9	35	55	50	5	139	8,54%	
	1988	1 653	80	40	9	31	54	49	5	134	8,11%	
	1989	1 666	78	37	10	31	53	48	5	131	7,86%	
	1990	1 702	73	35	10	28	54	49	5	127	7,46%	
	1991	1 734	77	37	13	27	56	51	5	133	7,67%	
	1992	1 752	77	36	14	27	60	55	5	137	7,82%	
	1993	1 780	75	33	17	25	64	59	5	139	7,81%	
1994	1 812	76	33	17	26	65	60	5	141	7,78%		
Sources	Années	Nombre total de décès - résidents R07 (D)	Traumatismes non intentionnels				Traumatismes intentionnels			Total décès - traumatismes (O)	Décès en Ontario	% décès traumatisme / décès total (O/D)
			Total traumatismes non intentionnels (F)	Accidents de transports (H)	Chutes accidentelles (I)	Autres (J=F-H-I)	Total traumatismes intentionnels (K=O-F)	Suicides (M)	Homicides (N=K-M)			
Santé publique Outaouais CIM - 9	1995	1 824	67	34	20	13	70	61	9	137		7,51%
	1996	1 878	77	42	14	21	62	56	6	139		7,40%
	1997	1 907	74	30	21	23	65	59	6	139		7,29%
	1998	2 002	76	33	21	22	80	71	9	156	10	7,79%
	1999	2 053	77	23	26	28	72	63	9	149	9	7,26%
	2000*	1 970	59	24	9	26	60	53	7	119	7	6,04%
	2001	2 114	71	32	7	32	69	59	10	140	9	6,62%
	2002	2 154	81	31	14	36	68	57	11	149	5	6,92%

* Manque des cas

Sources : Fichier Décès

De 1983 à 1997 inclusivement, Éco-Santé Québec, 2006

De 1995 à 2002, données fournies par P. Garvie, Santé publique

Annexe 8 : Nombre d'accidents selon la nature des dommages survenus dans la région de l'Outaouais et nombre de victimes selon la nature des blessures de 1984 à 2005

Année	Nombre d'accidents mortels	Nombre de victimes décédées	Nombre d'accidents graves	Nombre de victimes avec blessures graves	Nombre d'accidents légers	Nombre de victimes avec blessures légères	Nombre total accidents
1984	59	68	281	362	1 556	2 357	9 660
1985	67	80	306	397	1 809	2 629	11 450
1986	47	52	293	355	1 671	2 435	10 553
1987	49	56	267	344	1 594	2 267	10 011
1988	38	44	266	341	1 601	2 331	9 647
1989	42	43	238	326	1 525	2 240	9 423
1990	46	60	241	316	1 495	2 214	9 119
1991	41	46	227	299	1 408	2 008	9 401
1992	40	41	264	356	1 447	2 130	9 831
1993	45	53	215	297	1 408	2 121	9 604
1994	39	46	172	235	1 322	1 930	9 022
1995	27	33	182	239	1 254	1 823	8 693
1996	33	36	200	286	1 215	1 797	7 596
1997	32	34	190	257	1 184	1 715	7 576
1998	31	32	190	260	1 194	1 759	6 807
1999	21	26	170	216	1 233	1 751	7 249
2000	23	26	206	262	1 312	1 938	6 577
2001	31	34	205	265	1 341	1 968	6 747
2002	29	31	240	296	1 324	1 935	7 375
2003	25	27	237	308	1 355	2 028	7 665
2004	22	27	231	306	1 320	1 968	7 672
2005	34	41	241	321	1 327	1 915	7 431

Sources :

- 1) Régie régionale de la santé et de services sociaux de l'Outaouais. (1995), *La surveillance des accidents de la route en Outaouais, 1984 à 1994*, Direction de la santé publique, Gatineau, décembre, 42 p.
- 2) Société de l'assurance automobile du Québec. (2006), *Dossier statistique - Bilan 2005 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Direction des études et des stratégies en sécurité routière à la Direction générale de l'actuariat, de la recherche et des enquêtes, Québec, Mai, 209 p.
- 3) Société de l'assurance automobile du Québec. (2005), *Dossier statistique - Bilan 2004 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Direction des études et des stratégies en sécurité routière à la Direction générale de l'actuariat, de la recherche et des enquêtes, Québec, Mai, 209 p.
- 4) Société de l'assurance automobile du Québec. (1999), *Dossier statistique, Bilan routier, 1998, Janvier à décembre*, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction générale de la planification et de la statistique, Québec, Mars, 32 p.
- 5) Société de l'assurance automobile du Québec. (1998), *Dossier statistique - Bilan 1997 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Service des études et des stratégies en sécurité routière, Direction générale de la planification et de la statistique, Québec, Mai, 207 p.

Annexe 9 : Codes CIM-9-CM et CIM-10-CA reliés aux lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

CIM-9-CM			CIM-10-CA		
Codes	Description	Admissible au RTQ	Codes	Description	Admissible au RTQ
800-804	Fractures du crâne	Oui	S00-S09	Lésions traumatiques de la tête	Oui
805-809	Fractures du cou et du tronc	Oui	S10-S19	Lésions traumatiques du cou	Oui
810-819	Fractures du membre supérieur	Oui	S20-S29	Lésions traumatiques du thorax	Oui
820-829	Fractures du membre inférieur	Oui	S30-S39	Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	Oui
830-839	Luxations	Oui	S40-S49	Lésions traumatiques de l'épaule et du bras	Oui
840-848	Entorses	Oui	S50-S59	Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras	Oui
850-854	Traumatismes intracrâniens non associés à des fractures du crâne	Oui	S60-S69	Lésions traumatiques du poignet et de la main	Oui
860-869	Traumatismes internes du thorax, de l'abdomen et du bassin	Oui	S70-S79	Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	Oui
870-879	Plaies de la tête, du cou et du tronc	Oui	S80-S89	Lésions traumatiques du genou et de la jambe	Oui
880-887	Plaies du membre supérieur	Oui	S90-S99	Lésions traumatiques de la cheville et du pied	Oui
890-897	Plaies du membre inférieur	Oui	T00-T07	Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	Oui
900-904	Traumatismes des vaisseaux sanguins	Oui	T08-T14	Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	Oui
905-909	<i>Séquelles des traumatismes, effets nocifs de substances toxiques et autres causes externes</i>	Non	T15-T19	<i>Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel</i>	Non
910-919	Traumatismes superficiels	Oui	T20-T32	<i>Brûlures et corrosions</i>	Non
920-924	Contusions avec intégrité de la surface cutanée	Oui	T33-T35	<i>Gelures</i>	Non
925-929	Écrasements	Oui	T36-T50	<i>Intoxications par des médicaments et des substances biologiques</i>	Non
930-939	<i>Conséquences de la pénétration d'un corps étranger par un orifice naturel</i>	Non	T51-T65	<i>Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicale</i>	Non
940-949	<i>Brûlures</i>	Non	T66-T78	Effets de causes externes, autres et non précisés	Oui
950-957	Traumatismes des nerfs et de la moelle épinière	Oui	T-79	Certaines complications précoces des traumatismes	Oui
958-959	Diverses complications des traumatismes et des traumatismes sans précision	Oui	T80-T88	<i>Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs</i>	Non
960-979	<i>Intoxication par médicaments et produits biologiques</i>	Non	T90-T98	<i>Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes</i>	Non
980-989	<i>Intoxications par des substances essentiellement non médicales à l'origine</i>	Non			
990-995	Effets nocifs de causes extérieures autres et non prémédités	Oui			
996-999	<i>Complications dues à des actes chirurgicaux et à des soins médicaux non classés ailleurs</i>	Non			

Annexe 10 : Échelle de coma de Glasgow

Échelle de coma de Glasgow		
Ouverture des yeux (Y)	Spontanée	4
	À la demande	3
	À la douleur	2
	Aucune	1
	Sous total (1 - 4)	
Meilleure réponse motrice (M)	Obéit aux ordres simples	6
	Localise la source de la douleur	5
	Réponse non dirigée à la douleur	4
	Réponse en décortication à la douleur	3
	Réponse en décérébration à la douleur	2
	Aucune réponse	1
	Sous total (1 - 6)	
Meilleure réponse verbale (V)	Orientée	5
	Confuse	4
	Mots isolés	3
	Sons non spécifiques	2
	Aucune réponse à la douleur	1
	Sous total (1 - 5)	
Total = Y + M+ V (3 - 15)		

Source : SAAQ : 2001, p. 58

Annexe 11 : Équipes premiers répondants et équipes de décarcération

D dénote une municipalité ayant une équipe de décarcération

PR dénote une municipalité ayant une équipe de premiers répondants

	Municipalité ou ville	Accès 911	Centrale 9-1-1	Police	Décarcération	Sortie automa-tique
	Alleyn-et-Cawood	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Kazabazua	non
	Bristol	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
	Bryson	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Campbell's Bay	non
D	Campbell's Bay	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Campbell's Bay	non
	Chichester	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Isle-aux-allumettes	non
	Clarendon	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
	Fort-Coulonge	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Mansfield	non
	Grand-Calumet	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Campbell's Bay	non
D	L'Isle-aux-allumettes	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Isle-aux-allumettes	non
	Litchfield	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Campbell's Bay	non
D	Mansfield-et-Pontefract	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Mansfield	non
PR	Otter Lake PR	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
	Portage-du-Fort	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
	Rapides-des-Joachims	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Ontario	non
D	Shawville	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
	Sheenboro	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Isle-aux-allumettes	non
	Thorne	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Shawville	non
D	Waltham	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Campbell's Bay	Waltham	non

	Bowman	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Notre-Dame du Laus	oui
	Boileau	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Chénéville	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Duhamel	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Fasset	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Lac-des-Plages	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
D	Lac Simon	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Lochaber	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Lochaber partie Ouest	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Mayo	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	AUCUNE ENTENTE	
	Montebello	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Montpellier	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Mulgrave-et-Derry	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	AUCUNE ENTENTE	
	Namur	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Notre-Dame-de-Bonsecours	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Notre-dame de la Paix	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Papineauville	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Plaisance	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Ripon	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
D + PR	Saint-André-Avellin PR	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	St-Emile de Suffolk	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Lac Simon	oui
	Saint-Sixte	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui
	Thurso	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Saint-André-Avellin	oui

	Municipalité ou ville	Accès 911	Centrale 9-1-1	Police	Décarcération	Sortie automa-tique
	Val-des-Bois	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Papineauville	Notre-Dame du Laus	oui
D	Notre-Dame du Laus	oui	9-1-1 Buckingham	S.Q. Mont-Laurier	Notre-Dame du Laus	oui

D	Chelsea	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	Chelsea	non
D	L'Ange-Gardien	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	L'Ange-Gardien	non
D	La Pêche	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	La pêche (Masham)	non
D + PR	Cantley PR	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	Cantley	non
	Notre-Dame de la Salette	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	L'Ange-Gardien	non
D	Pontiac	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	Pontiac (Luskville)	non
D	Val-des-Monts	oui	Police MRC Collines	MRC Collines	Val-des-Monts	non

	Aumond	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Blue Sea	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Bois Franc	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Bouchette	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Cayamant	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Kazabazua	non
	Déléage	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
D	Denholm	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Denholm	non
	Egan-Sud	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Gracefield	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Kazabazua	non
	Grands-Remous	oui	9-1-1 CAUCA	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
D	Kazabazua	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Kazabazua	non
	Lac Sainte-Marie	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Kazabazua	non
	Low	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Kazabazua	non
D	Maniwaki	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Messines	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Montcerf-Lytton	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non
	Sainte-thérèse de la Gatineau	oui	9-1-1 Maniwaki	S.Q. Maniwaki	Maniwaki	non

D	Ville de Gatineau	oui	9-1-1 Gatineau	S.P. Ville Gatineau	Gatineau	non
----------	-------------------	-----	----------------	---------------------	----------	-----

Annexe 12 : Indice préhospitalier pour traumatismes et évidence d'impact à haute vitesse

INDICE PRÉHOSPITALIER POUR TRAUMATISMES

1. Tension artérielle Systolique	2. Pouls																				
<table><tr><td></td><td>Points</td></tr><tr><td>≥ 100</td><td>0</td></tr><tr><td>86-100</td><td>1</td></tr><tr><td>75-85</td><td>2</td></tr><tr><td>< 74 ou</td><td>5</td></tr><tr><td>Absence de pouls radial ou carotidien</td><td></td></tr></table>		Points	≥ 100	0	86-100	1	75-85	2	< 74 ou	5	Absence de pouls radial ou carotidien		<table><tr><td></td><td>Points</td></tr><tr><td>120 +</td><td>3</td></tr><tr><td>51-119</td><td>0</td></tr><tr><td>< 51</td><td>5</td></tr></table>		Points	120 +	3	51-119	0	< 51	5
	Points																				
≥ 100	0																				
86-100	1																				
75-85	2																				
< 74 ou	5																				
Absence de pouls radial ou carotidien																					
	Points																				
120 +	3																				
51-119	0																				
< 51	5																				
3. Fréquence respiratoire	4. Blessures pénétrantes (tête, cou, dos, thorax, abdomen)																				
<table><tr><td></td><td>Points</td></tr><tr><td>Normal</td><td>0</td></tr><tr><td>Difficile</td><td>3</td></tr><tr><td>< 8/min ou intubé</td><td>5</td></tr></table>		Points	Normal	0	Difficile	3	< 8/min ou intubé	5	<table><tr><td></td><td>Points</td></tr><tr><td>Oui</td><td>4</td></tr><tr><td>Non</td><td>0</td></tr></table>		Points	Oui	4	Non	0						
	Points																				
Normal	0																				
Difficile	3																				
< 8/min ou intubé	5																				
	Points																				
Oui	4																				
Non	0																				
5. Niveau de conscience																					
<table><tr><td></td><td></td><td>Points</td></tr><tr><td>A (alert)</td><td>- La victime est alerte</td><td>0</td></tr><tr><td>V (verbal)</td><td>- Répond aux stimuli verbaux</td><td>3</td></tr><tr><td>P (pain)</td><td>- Répond aux stimuli de douleur</td><td>5</td></tr><tr><td>U (unresponsive)</td><td>- Inconscient</td><td>5</td></tr></table>			Points	A (alert)	- La victime est alerte	0	V (verbal)	- Répond aux stimuli verbaux	3	P (pain)	- Répond aux stimuli de douleur	5	U (unresponsive)	- Inconscient	5						
		Points																			
A (alert)	- La victime est alerte	0																			
V (verbal)	- Répond aux stimuli verbaux	3																			
P (pain)	- Répond aux stimuli de douleur	5																			
U (unresponsive)	- Inconscient	5																			

Transport au centre de traumatologie si le total de l'indice est de 4 ou plus, ou si évidence d'impact à haute vitesse
(à moins d'avis contraire du centre de communication)

- Chute de plus de 6 mètres
- Vitesse initiale de > 64 km/h
- Autre(s) occupant(s) décédé(s)
- Éjection hors du véhicule
- Déformation ou intrusion dans l'habitacle
- Déformation de la carrosserie (> 50 cm ou 20 pouces)
- Temps de désincarcération > 20 minutes
- Piéton/cycliste frappé à plus de 8 km/h, éjecté ou écrasé
- Tonneaux
- Marque de tête dans le pare-brise
- Motocycliste éjecté ou qui frappe à plus de 30 km/h
- Motocycliste qui chute sans casque
- Autres

Remarque :

- Recalculer l'IPT à l'approche d'un centre receveur et diriger le patient en fonction du résultat
- Pour un total de 5 non cumulatif pour la tension artérielle systolique (< 74 ou absence de pouls radial ou carotidien), le pouls (< 51) ou la respiration (< 8) : **vous devez diriger le patient au centre receveur le plus près**

(Suite page suivante)

Annexe 12 : suite

CHOIX DU CENTRE RECEVEUR :

TRAUMA MINEUR :

- centre receveur situé le plus près du lieu de prise en charge, que celui-ci soit ou ne soit pas un centre de traumatologie.

TRAUMA MAJEUR INSTABLE :

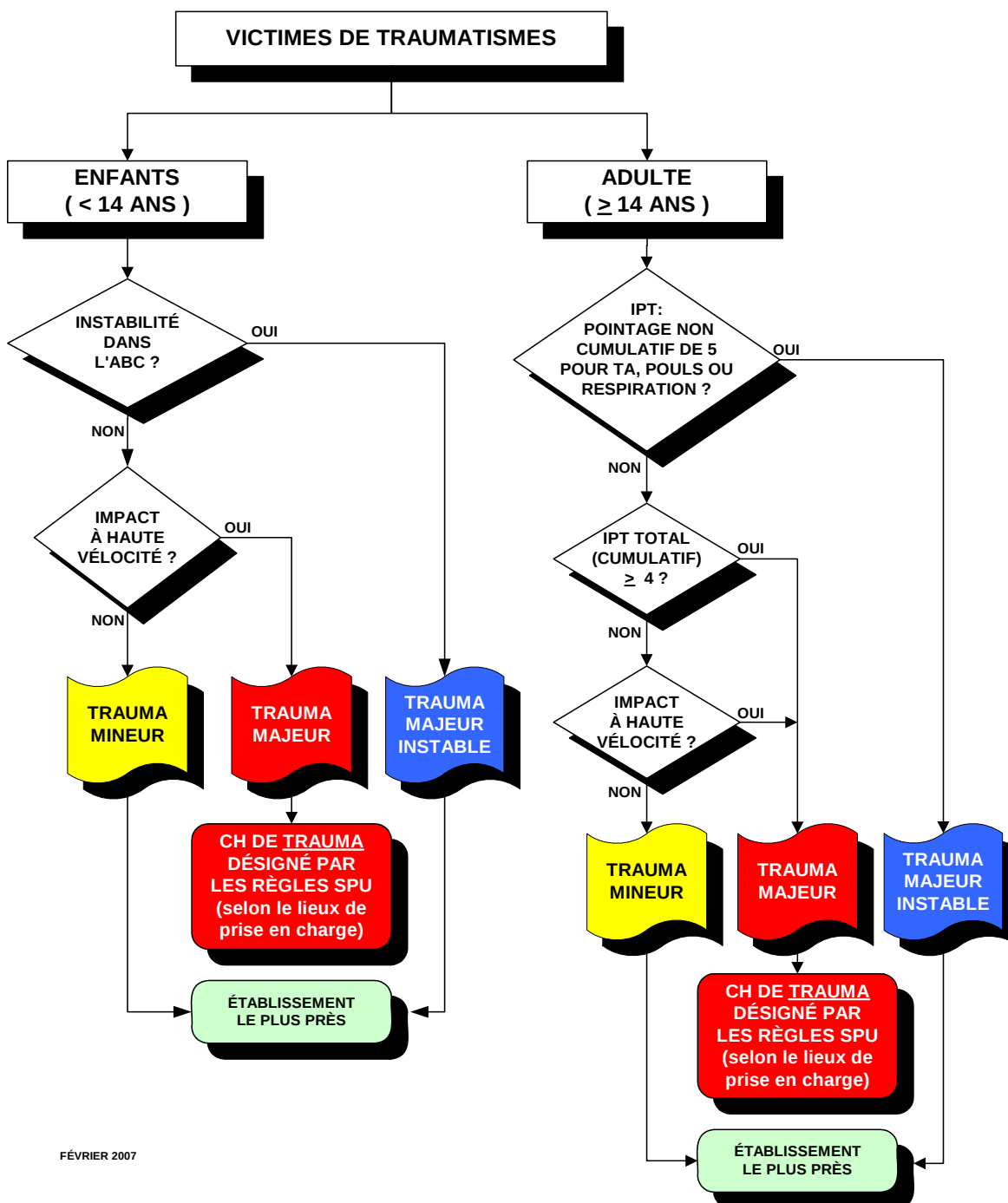
- centre receveur situé le plus près du lieu de prise en charge, que celui-ci soit ou ne soit pas un centre de traumatologie.

TRAUMA MAJEUR :

- centre de traumatologie déterminé comme suit :
 - o Territoire de l'Hôpital de Gatineau :
 - Hôpital de Hull
 - o Territoire de l'Hôpital de Hull :
 - Hôpital de Hull
 - Entre Quyon et Hull :
 - Hôpital de Hull
 - Entre Gracefield et Hull :
 - Hôpital de Hull
 - o Territoire de l'Hôpital de Buckingham (jusqu'à Montebello à l'est, jusqu'à Notre-Dame-du-Laus au nord) :
 - Hôpital de Hull
 - À l'est de Montebello :
 - Hôpital de Hawkesbury
 - Au nord de Notre-Dame-du-Laus :
 - Hôpital de Mont-Laurier
 - Au Lac-des-Plages et au nord de Lac-des-Plages :
 - Hôpital de Ste-Agathe
 - o Territoire du Pontiac (à l'ouest de Quyon) :
 - Hôpital de Shawville
 - Isle-aux-Allumettes :
 - Hôpital de Pembroke
 - o Territoire de Maniwaki (au nord de Gracefield et Délage jusqu'au début de Grand-Remous) :
 - Hôpital de Maniwaki
 - Au nord de Grand-Remous :
 - Hôpital de Mont-Laurier

Annexe 13 : Arbre de décision pour le transport des victimes de traumatismes

CHOIX DE LA DESTINATION DU TRANSPORT DES VICTIMES DE TRAUMATISME EN OUTAOUAIS



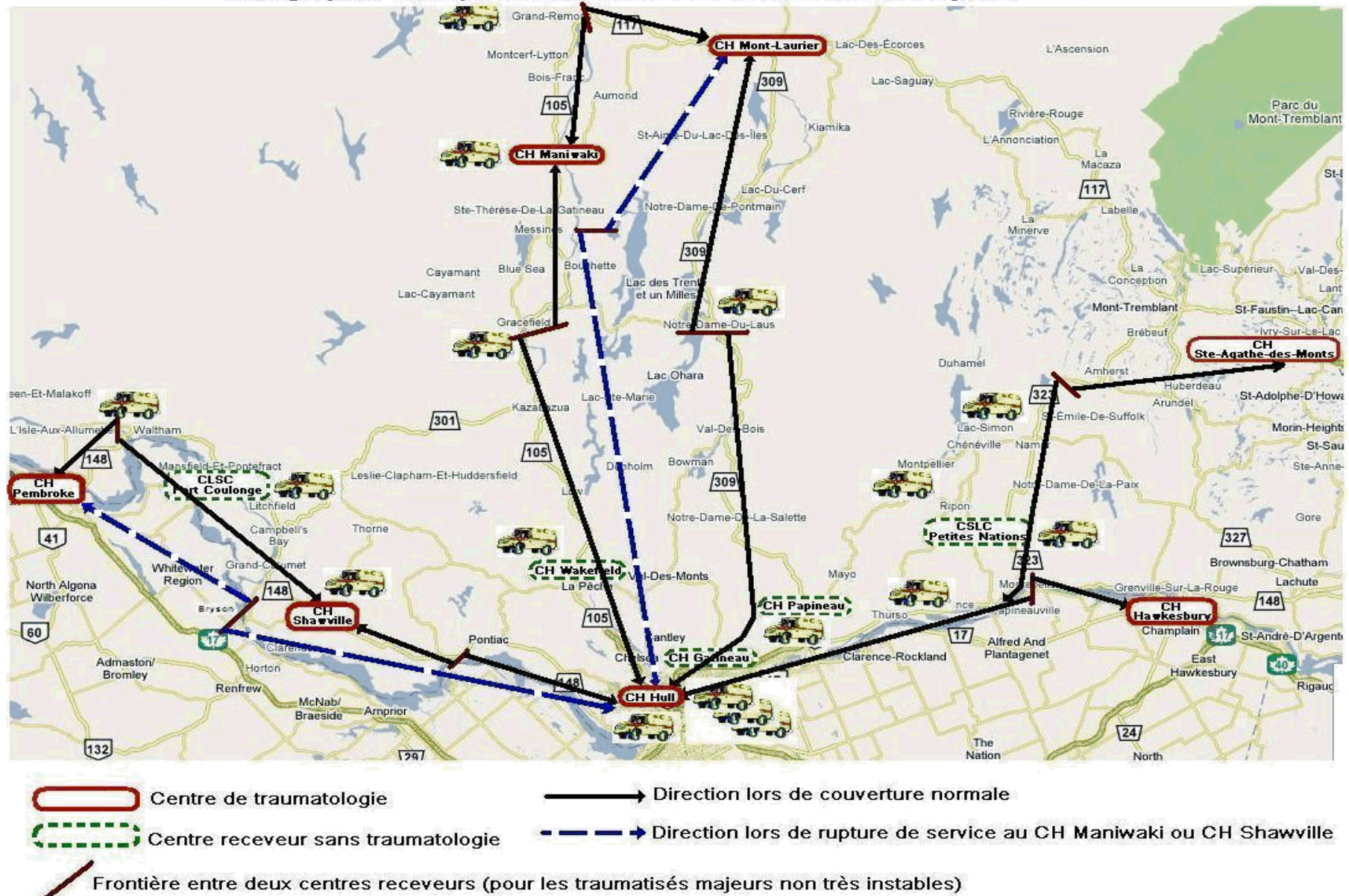
FÉVRIER 2007

Instabilité dans L'ABC : ouverture des voies respiratoires incomplète ou ne pouvant être maintenue, altération importante de la ventilation, état de choc hémodynamique, absence de pouls ou pouls difficilement perceptible avec pâleur-froideur et altération de l'état de conscience, etc.

Lors de transport double : (2 patients dans la même ambulance) : Choisir la destination en fonction de la victime la plus instable. Si instabilité équivalente, choisir la destination la plus près située selon les règles SPU.

Annexe 14 : Clivage pour les zones de transports ambulanciers

Traumatologie - Outaouais
Clivage pour transports de victimes de traumatismes majeurs



N.B.: Les traumatisés mineurs (IPT < 4 et sans impact à haute vitesse) et les traumatisés majeurs très instables (pointage non cumulatif de 5 pour le pouls, la respiration (et non intubé) ou la tension artérielle) doivent être transportés au centre receveur le plus près quel qu'il soit.