

PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL en **traumatologie**

2009-2012

Pour consolider nos actions

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL en **traumatologie**

2009-2012

Pour consolider nos actions

Adopté par le conseil d'administration
de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
le 1^{er} octobre 2009

Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières
Septembre 2009

Le *Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale 2009-2012* a été élaboré par la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Sous la direction de

D^{re} Anne Fortin, directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières, Agence

Recherche et rédaction

D^r Pierre Lapointe, expert-conseil en traumatologie

Collaboration à la recherche et à la rédaction

Daniel Vigneault, agent de planification, de programmation et de recherche, responsable régional de la traumatologie, Agence

Conception graphique

Danielle Dupont, Agence

Éditique

Christine Duguay, Andréanne Guay, Françoise Juster, Lynn Lapointe, Isabelle Mercier, Agence

Le présent document est disponible en version électronique à l'adresse
www.rrsss03.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique Publications**

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Agence de la santé et des services
sociaux de la Capitale-Nationale
Centre de documentation
555, boul. Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500, poste 250
Télécopieur : 418 529-9043
Courriel : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN: 978-2-89616-040-2 (papier)
978-2-89616-041-9 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pour autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

LAPOINTE, Pierre. *Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale 2009-2012*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières, 2009, 102 p.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

REMERCIEMENTS

À tous les membres du Comité d'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale, qui ont contribué par leur expertise respective à enrichir ce document mis en œuvre pour permettre au Comité régional de traumatologie de la Capitale-Nationale de confectionner un plan d'action régional en traumatologie.

D^r Pierre Baril, chef du département d'urgence, HEJ, CHA

M^{me} Carole Bélanger, adjointe à la directrice DRAMUH, Agence

M. Denys Bernier, agent de planification, de programmation et de recherche, Agence

D^r Jacques Bouchard, chef du département régional de médecine générale et médecin d'urgence, CSSS de Charlevoix

M. Gabriel Cabanne, directeur général adjoint, IRDPQ

D^r Douglas Eramian, directeur médical régional, services préhospitaliers d'urgence, Agence

D^{re} Anne Fortin, directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières, Agence

D^r Pierre Fréchette, président du comité

D^r Hervé Genest, directeur adjoint des services professionnels et responsable des Programmes de traumatologie et des grands brûlés, HEJ, CHA

M. Jean-François Goulet, agent de planification, de programmation et de recherche, Agence

D^r Gilles Hamel, directeur des services professionnels, CSSS de Portneuf

D^r Pierre Lapointe, expert-conseil en traumatologie

M^{me} Nathalie Laroche, directrice générale, Association TCC des deux-rives

M. Daniel La Roche, adjoint à la directrice DRAMUH, Agence

D^r Michel Lavoie, Direction régionale de santé publique, Agence

Mme Linda Pichard, directrice des services à la clientèle des adultes et des aînés par intérim, IRDPQ

Mme Christine Rizzo, coordonnatrice des Programmes de traumatologie et des grands brûlés, HEJ, CHA

M^{me} Catherine Truchon, gestionnaire, chargée de projet, IRDPQ

M. Daniel Vigneault, agent de planification, de programmation et de recherche, responsable régional de la traumatologie, Agence

À la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

D^r Pierre Maurice, chef d'unité scientifique

M. Michel Pageau, agent de planification, de programmation et de recherche

Au Centre de communication santé des Capitales

M. André Hamel, directeur général

M. Bastien Leclerc, président du conseil d'administration

Aux services préhospitaliers d'urgence

M. Pierre Dupont, vice-président, Ambulances Côte-de-Beaupré inc.

M. Mario Harvey, président du conseil d'administration, CTAQ

M. Marc Munger, directeur adjoint des opérations, CTAQ

Au ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Daniel Lefrançois, directeur du programme national de traumatologie

D^r Jean Lapointe, coprésident du groupe-conseil ministériel en traumatologie

M^{me} Anne-Claire Marcotte, coprésidente du groupe-conseil ministériel en traumatologie

Enfin, à M. Michel Fontaine, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour son soutien dans la réalisation de ce projet.

PRÉAMBULE

C'est en 1991, après au moins cinq années de sensibilisation, de réflexion et de validation, que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) amorce l'intégration du réseau de services en traumatologie, aujourd'hui reconnu comme le « Continuum de services en traumatologie » (CST).

Cette intégration s'est faite en quatre phases :

- 1) 1991-1995 Désignation des établissements et création des corridors de services.
- 2) 1995-1998 Consolidation du réseau et évaluation de la pertinence des désignations en fonction de la performance, des volumes de clientèle et des caractéristiques géographiques et démographiques.
- 3) 1998-2004 Normalisation des processus cliniques et validation des indicateurs de performance.
- 4) 2004-2008 Mise en œuvre des fonctions évaluatives pour l'ensemble des maillons du continuum de services, par la création d'une fenêtre interactive sur le réseau Internet, permettant l'autoévaluation des établissements du réseau de traumatologie et l'affichage de leur degré de conformité aux différents indicateurs implantés par le MSSS.

Avant même la première phase d'implantation, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) a été sollicité pour participer aux travaux de réflexion sur la création d'un réseau de traumatologie, et son directeur adjoint des services professionnels a été prêté par l'établissement au ministère de la Santé et des Services sociaux comme médecin-conseil en traumatologie et en services préhospitaliers d'urgence. Il s'agit du D^r Pierre Fréchette, qui a occupé le poste de 1988 à 2008.

Cette contribution particulière du D^r Fréchette et de l'HEJ du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) a, d'une part, marqué la participation initiale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale à la création du réseau de traumatologie et, d'autre part, grandement occupé la vitrine de la région au sein des différents comités nationaux, au point où les contributions d'un individu et de son établissement ont eu préséance sur le rôle de l'Agence ou de son comité régional de traumatologie à la Table du comité provincial en traumatologie.

L'Agence a toutefois repris le flambeau avec la participation de M. Denys Bernier aux travaux du plan régional dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence et dans le domaine de la réadaptation des traumatisés crâniens.

L'implication subséquente de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) aux différentes tables interrégionales et son rôle de catalyseur dans la création du continuum de services de l'Est pour les traumatisés crâniens ont consolidé les impacts des travaux du D^r Fréchette, de l'HEJ et de M. Denys Bernier, tant aux services préhospitaliers d'urgence qu'en réadaptation.

Malgré l'absence d'un plan directeur régional 2005-2008 et un comité régional de traumatologie peu actif, la contribution apportée par les « leaders d'opinion » locaux et par nos établissements surspécialisés a permis à la région de la Capitale-Nationale de jouer, depuis les débuts de la conceptualisation du réseau de traumatologie et de son implication dans le projet, un rôle majeur et incontournable.

En 2005, dans le cadre de la quatrième phase d'implantation du Continuum de services en traumatologie, le MSSS a demandé à toutes les agences régionales de produire un plan directeur régional de services en traumatologie.

Conformément à cette demande, le présent document, dans lequel nous avons tenté d'ajuster nos objectifs et nos actions aux attentes du programme national de services en traumatologie, constitue le Plan directeur des services en traumatologie majeure pour la région de la Capitale-Nationale, pour 2009-2012.

Le 25 avril 2008, l'Agence annonçait la relance du comité d'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale.

La production d'un tel plan directeur avait été exigée par le MSSS afin de forcer les comités régionaux de traumatologie à déterminer des objectifs et des moyens d'action dans le but de diminuer la mortalité et la morbidité des traumatisés de leur région.

HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE

C'est en 1988 que débutèrent les discussions entre le MSSS et la SAAQ destinées à créer un **système intégré** pour la prise en charge des traumatisés graves dans l'ensemble du territoire québécois.

L'idée d'une intégration de l'ensemble des interventions requises pour traiter les traumatisés datait de bien avant 1988, mais l'étude menée par la SAAQ de 1985 à 1988, adoptant une approche documentée et validée en fonction des besoins spécifiques de notre réalité québécoise, a entraîné l'approbation par le conseil d'administration de la SAAQ d'un **plan directeur** pour l'implantation et l'opérationnalisation d'un tel système intégré de soins aux traumatisés, faisant naître un partenariat MSSS/SAAQ.

En fait, la systématisation des soins aux traumatisés tire son origine des guerres lointaines; elle remonte plus précisément à 1797, alors que le Français Dominique Jean Larry reconnaissait dans ses écrits les besoins de fournir des soins immédiats sur les champs de bataille et un moyen de transport rapide vers des soins plus définitifs.

C'est en Angleterre en 1941, à Birmingham, que le premier centre de traumatologie à vie a été créé, alors qu'aux États-Unis les premières unités spécialisées dans ce domaine sont apparues entre 1966 et 1972.

Il faut ici rappeler que c'est également en 1966 que le Conseil national de la recherche de l'Académie nationale des sciences aux États-Unis publia le livre *Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society* où l'on reconnaissait le trauma comme un problème majeur de santé nationale. En fait, alors que la guerre du Viêt Nam battait son plein, la traumatologie urbaine et routière causait plus de décès que le conflit armé.

En 1976, l'American College of Surgeons publiait un bulletin intitulé *Optimal Hospital Resources for Care of the Seriously Injured* qui, au fil des ans, est devenu la source des gabarits conceptuels et opérationnels de tous les systèmes de trauma occidentaux, surtout grâce aux versions de 1990, 1993, 2000 et 2006 du document initial.

Grâce à ces documents, on a pu bâtir la méthodologie pour l'implantation des réseaux de centres de traumatologie, créer les matrices pour la désignation des établissements et statuer sur les indicateurs de performance permettant le suivi des programmes d'amélioration continue de la qualité.

C'est en 1987 que les processus pour l'évaluation et la désignation des établissements étaient établis aux États-Unis, ouvrant la voie à une standardisation de la méthode et à la validation généralisée des matrices et des indicateurs de performance.

Au Québec, l'alliance MSSS/SAAQ scellée en 1988-1989 donna naissance à une volonté de créer un **système intégré de traumatologie (SIT)** qui, au fil des ans, est devenu le CST.

Regroupant de multiples partenaires, les comités sur la traumatologie majeure et sur les services préhospitaliers d'urgence produisirent plusieurs documents qui ont servi de livres blancs tant pour la création des **Services préhospitaliers d'urgence** (SPU) que pour la mise en œuvre des groupes-conseils ministériels en traumatologie.

Le réseau national de traumatologie tel qu'on le connaît aujourd'hui est la résultante de l'exécution de **quatre mandats confiés par le MSSS à la SAAQ** par l'intermédiaire de son équipe de programme en traumatologie.

Le **premier mandat** confié à la SAAQ, couvrant la période 1991-1995, consistait à **évaluer** les établissements volontaires pour se soumettre au processus et à **désigner** par région ceux qui pouvaient jouer un rôle dans le réseau à la lumière de leur prestation et des besoins régionaux déterminés alors par les conseils régionaux de santé et services sociaux.

Ce mandat pouvait se résumer à répondre à quatre questions.

- ◆ Pour les établissements : **Qui veut** s'impliquer en trauma?
- ◆ Pour le groupe-conseil ministériel : **Qui peut** jouer un rôle efficace en traumatologie?
- ◆ Pour les conseils régionaux : **Qui prévoyez-vous** pour la distribution des soins aux traumatisés?
- ◆ Pour le ministre et son équipe, en fonction des recommandations du groupe-conseil ministériel et du conseil régional : **Qui désignez-vous** comme établissement ou centre de traumatologie?

Le **deuxième mandat** confié au groupe-conseil de la SAAQ pour 1995-1998 était de **s'assurer de la pertinence du maintien des désignations** en se fondant sur les données opérationnelles des dernières années.

En réalité, en fonction des volumes réels de clientèle, de la géographie, de la démographie, de la performance et des chronométries, grâce au **Registre des traumatismes**, le réseau de la traumatologie a été remodelé; on voulait ainsi vérifier que les centres désignés reçoivent une masse critique leur permettant de maintenir des équipes expertes et garantir une exposition suffisante pour assurer une qualité de soins et une performance optimale.

Par ailleurs, la qualité et la performance du réseau de traumatologie ont été évaluées par les épidémiologistes de l'Université McGill pour la période de 1992 à 1998, et la démonstration d'une baisse importante de mortalité (de 52 % à 18 %) pour les blessés graves du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) a justifié qu'un troisième mandat soit confié au groupe-conseil de la SAAQ pour 1998-2004.

Ce **troisième mandat** consistait à **consolider le réseau de centres de traumatologie** et à **implanter des protocoles et processus** avec indicateurs de performance, de telle sorte qu'un programme d'amélioration continue de la qualité nationale devienne la norme pour tout le réseau.

De plus, ce troisième mandat devait **assurer le MSSS de la perméabilité absolue des corridors de services** afférents et efférents.

C'est au cours de ce troisième mandat du groupe-conseil ministériel en santé physique que le MSSS a décidé de créer le **groupe-conseil en réadaptation** afin de structurer un réseau d'établissements en réadaptation à l'instar des établissements de santé physique.

Dans une phase préparatoire, des comités experts ont procédé à la confection des matrices d'évaluation et proposé les protocoles et procédures destinés à implanter, de pair avec les désignations des établissements de réadaptation, un programme d'amélioration continue de la qualité assorti d'indicateurs de performance facilement objectivables et mesurables.

En séquences, le groupe-conseil en réadaptation démarra une série de visites des établissements offrant des services en réadaptation afin d'évaluer leur niveau de prestation, puis, le cas échéant, de les désigner comme pouvant faire partie du futur réseau de réadaptation.

Afin de combler certaines déficiences régionales en regard de clientèles spécifiques, le groupe-conseil a pris l'initiative de créer des consortiums d'établissements, assurant à la clientèle une accessibilité et une continuité dans les services et un délai zéro dans l'accessibilité.

Globalement, on a assisté à la création d'un **consortium** pour l'**est du Québec** et d'un autre pour l'**ouest**, dans le cas de ces clientèles spécifiques (traumatisés crâniens, grands brûlés et blessés médullaires).

Ces centres tertiaires et les centres secondaires régionaux ont reçu comme mission d'assurer le leadership du consortium en réadaptation pour la globalité du territoire de desserte qui leur a été imparti.

Le groupe-conseil ministériel en réadaptation s'assure ainsi que l'implantation des processus matriciels se fait selon les recommandations qui leur sont faites lors des visites initiales et lors des visites de contrôle.

La principale préoccupation des équipes d'experts formant le groupe-conseil est que le bien livrable prévu dans le niveau de désignation attribué à chacun des établissements soit cliniquement livré et que les résultats soient objectivables et mesurés. Les correctifs nécessaires font partie des recommandations des experts.

Le réseau de la réadaptation, maintenant entièrement intégré dans le CST, constitue les maillons 11, 12, 13 et 14 du cadre conceptuel.

Finalement, comme **quatrième mandat** en 2004, après l'implantation généralisée des protocoles, processus, indicateurs et corridors, le MSSS a confié au groupe-conseil en santé physique de la SAAQ le devoir de **développer les fonctions évaluatives** de ce réseau afin de **permettre la ventilation comparative de la performance de tous les établissements de santé physique et de réadaptation**, ainsi que de **tous les maillons services préhospitaliers d'urgence**.

Cette image microscopique de l'intimité du réseau de traumatologie devra être visible par tous les partenaires sur un site Internet.

Ainsi, depuis 2004, une démarche de création informatique est en cours et le site Internet est maintenant disponible pour tous les partenaires du réseau de traumatologie.

Entre-temps, l'Université McGill et ses épidémiologistes ont publié une deuxième étude ayant pour objet les impacts du CST sur la mortalité des blessés graves inscrits au Registre des traumatismes; les résultats démontrent que le pourcentage des décès est passé de 52 % en 1992 à 8,6 % en 2002.

De plus, après avoir étudié les résultats et les processus des services offerts aux traumatisés, le Vérificateur général du Québec a recommandé de se servir du modèle élaboré en traumatologie afin de créer des programmes similaires pour d'autres clientèles.

Finalement, l'Institut national d'administration publique a décerné au CST son prix d'excellence 2006 dans la catégorie fonction publique, pour l'ensemble des travaux et des résultats du réseau de traumatologie.

Le CST qui a vu le jour strictement pour répondre aux besoins des traumatisés devrait, dans un avenir que l'on veut rapprocher, servir de modèle conceptuel pour d'autres clientèles.

MAILLON 11 : Les centres d'expertise pour les clientèles spécifiques	53
MAILLON 12 : Les établissements de réadaptation offrant des services à l'interne	55
MAILLON 13 : Les établissements de réadaptation offrant des services à l'externe	57
MAILLON 14 : Les services de maintien dans le milieu de vie.....	59
ANNEXES.....	61
LISTE DE RÉFÉRENCES	99
BIBLIOGRAPHIE	101

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes.....	63
Annexe 2 :	État de situation 2006-2007 présenté par D ^r Pierre Fréchette directeur adjoint des services professionnels et responsable des Programmes de traumatologie et des grands brûlés du CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus	73
Annexe 3 :	Les centres d'expertise pour les clientèles spécifiques	85
Annexe 4 :	Les services de maintien dans le milieu de vie	95

LISTE DES ACRONYMES

AFS	:	Adaptation familiale et sociale
AVD	:	Activités de la vie domestique
AVQ	:	Activités de la vie quotidienne
CCS	:	Centres de communication santé
CCSC	:	Centre de communication santé des Capitales
CH	:	Centre hospitalier
CHA	:	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHUM	:	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CMDP	:	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	:	Collège des médecins du Québec
CRDIQ	:	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CSSS	:	Centres de santé et de services sociaux
CST	:	Continuum de services en traumatologie
CTAQ	:	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
DEA	:	Défibrillateur externe automatisé
ECST	:	Équipe de l'Évaluation du continuum de services en traumatologie
EVAQ	:	Évacuations aéromédicales du Québec
HDM	:	Hôtel-Dieu de Montréal
HEJ	:	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HND	:	Hôpital Notre-Dame
HRSA	:	Health Ressources and Services Administration
HSCM	:	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IHV	:	Impact haute vitesse
IPT	:	Indice services préhospitaliers d'urgence en traumatologie
IRDPQ	:	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRM	:	Institut de réadaptation de Montréal
ISS	:	Injury Severity Score
MSSS	:	MSSS de la Santé et des Services sociaux
MAMR	:	Ministère des affaires municipales, des régions et occupation du territoire
NHTSA	:	National Highway Traffic Safety Agency
PAR	:	Plan action régional
PNSP	:	Programme national de santé publique

RAO	:	Répartition assistée par ordinateur
RI	:	Ressources intermédiaires
RTF	:	Ressources de type familial
RTQ	:	Registre des traumatismes du Québec
SAAQ	:	Société de l'assurance automobile du Québec
SIPPE	:	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIT	:	Système intégré de traumatologie
SMV	:	Sécurité dans les milieux de vie
SPU	:	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	:	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	:	Traumatisé craniocérébral

INTRODUCTION

Pour satisfaire à la demande du MSSS de produire un plan directeur régional en traumatologie et de se doter ainsi d'un instrument contraignant afin d'atteindre ses objectifs de santé dans ce domaine, l'Agence a réanimé le **comité régional de traumatologie** et relancé le **comité ad hoc pour l'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie**.

À l'instar de ce qui a été fait dans les autres régions, le présent document s'inspire de la publication *Trauma System Agenda for the Future* produite par la National Highway Traffic Safety Agency (NHTSA) et pose, pour chaque élément, trois questions :

Où en sommes-nous?
(*Where are we?*)

Où voulons-nous aller?
(*Where do we want to be?*)

Comment allons-nous procéder?
(*How to get there ?*)

Ces trois questions vont nous permettre de faire un état de situation de chacun des éléments, de définir nos objectifs et de choisir les actions à prendre pour les atteindre.

Les éléments à considérer dans notre démarche sont déjà déterminés par le modèle conceptuel illustré dans le dépliant du Continuum de services en traumatologie publié par le partenariat entre le MSSS et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Ces éléments constituent les maillons d'une chaîne de services dont le cadre conceptuel et opérationnel est spécifique.

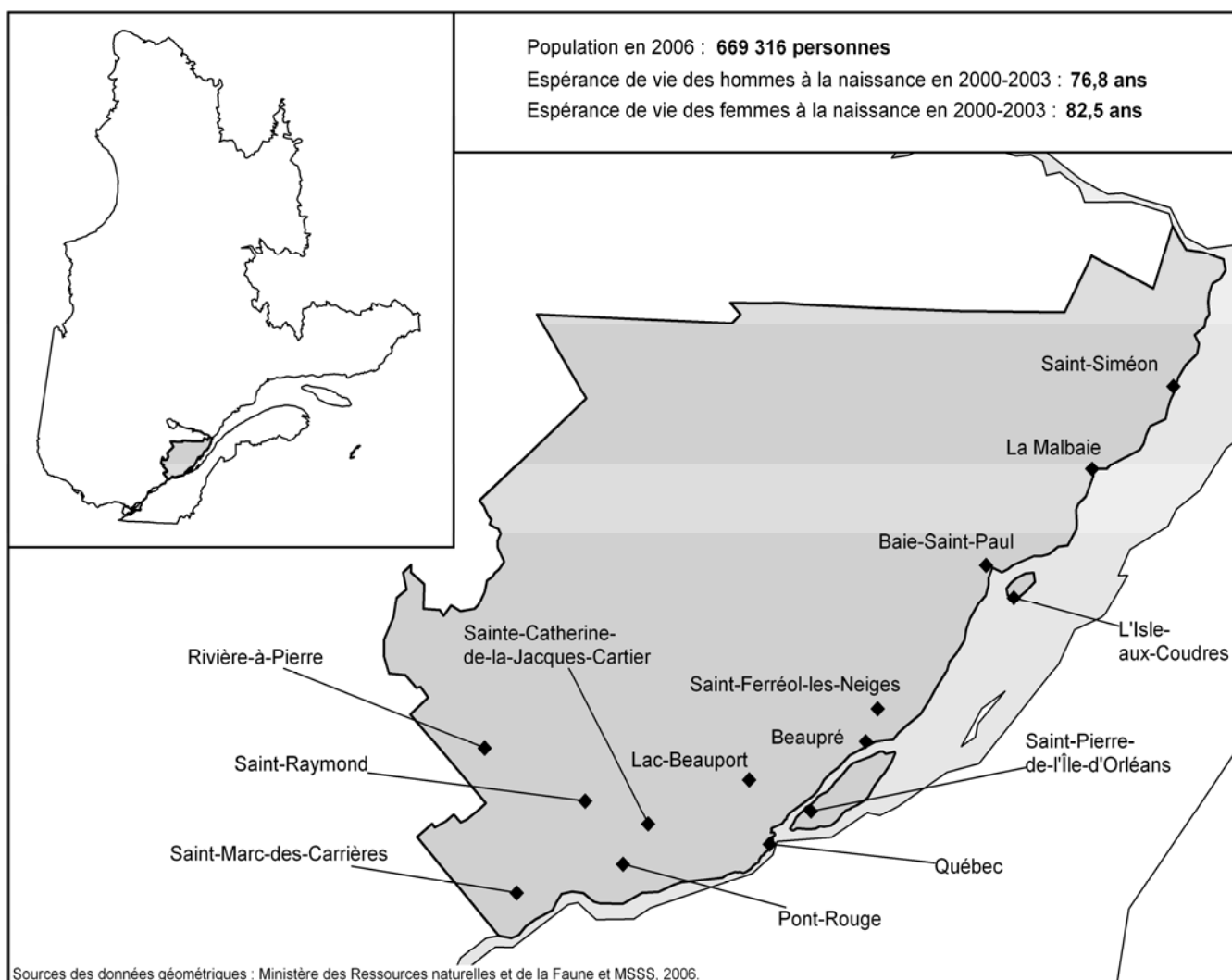
Comme notre région est la dernière à présenter son plan directeur, il nous incombe obligatoirement de faire une synthèse historique du CST en précisant quelles influences ont eu un impact justificatif sur chacun des maillons.

Finalement, après avoir précisé ce devis architectural et administratif, nous allons répondre aux trois questions citées plus haut pour chacun des maillons.

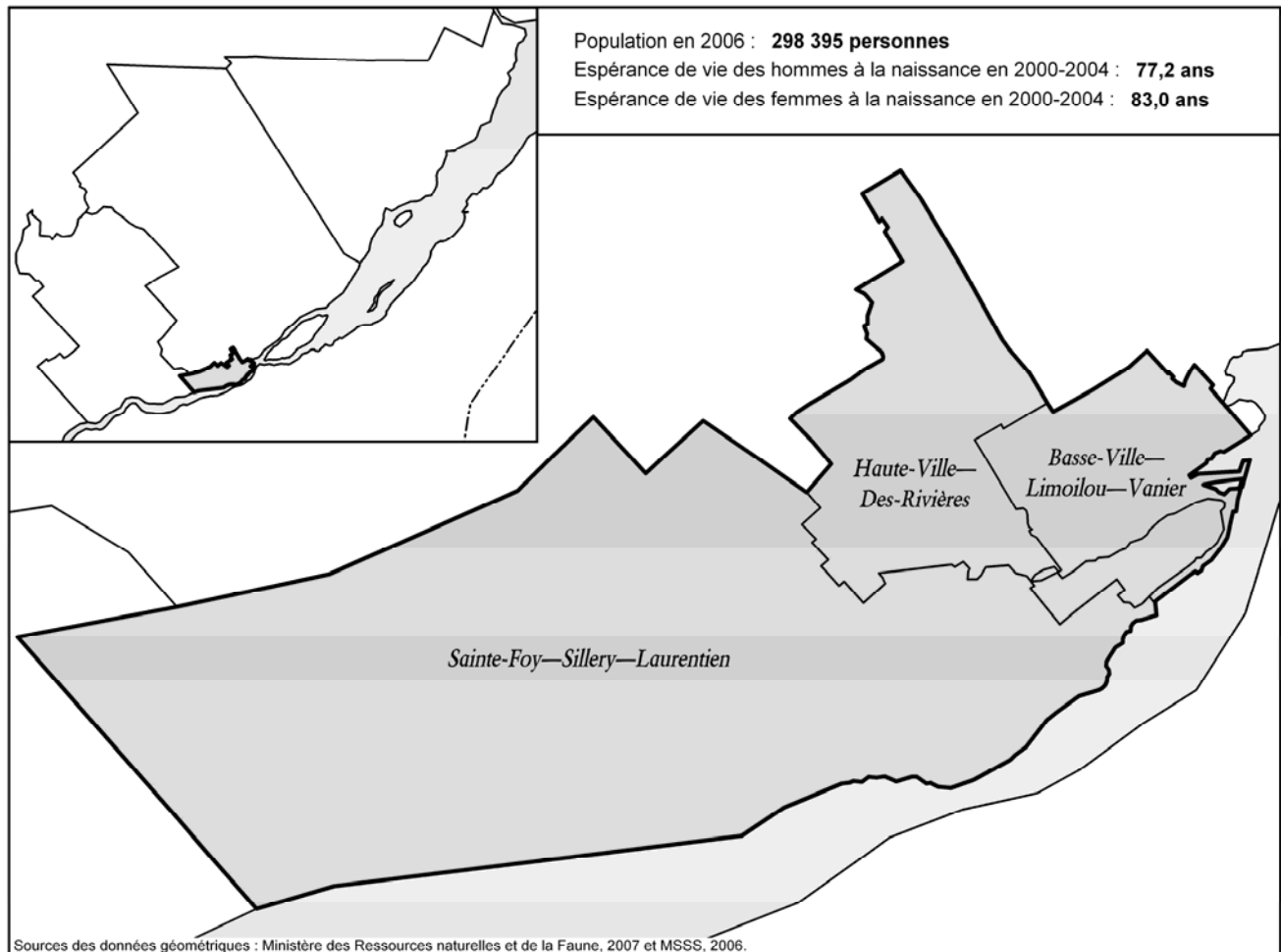
I - PORTRAIT DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

L'objet de la présente section est de permettre au lecteur du *Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale 2009-2012* de visualiser les caractéristiques géographiques de la région. **Après accord avec la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, les données présentées ici sont extraites intégralement de la publication *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008*.** Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter ce document en ligne à l'adresse suivante : www.dspq.qc.ca.

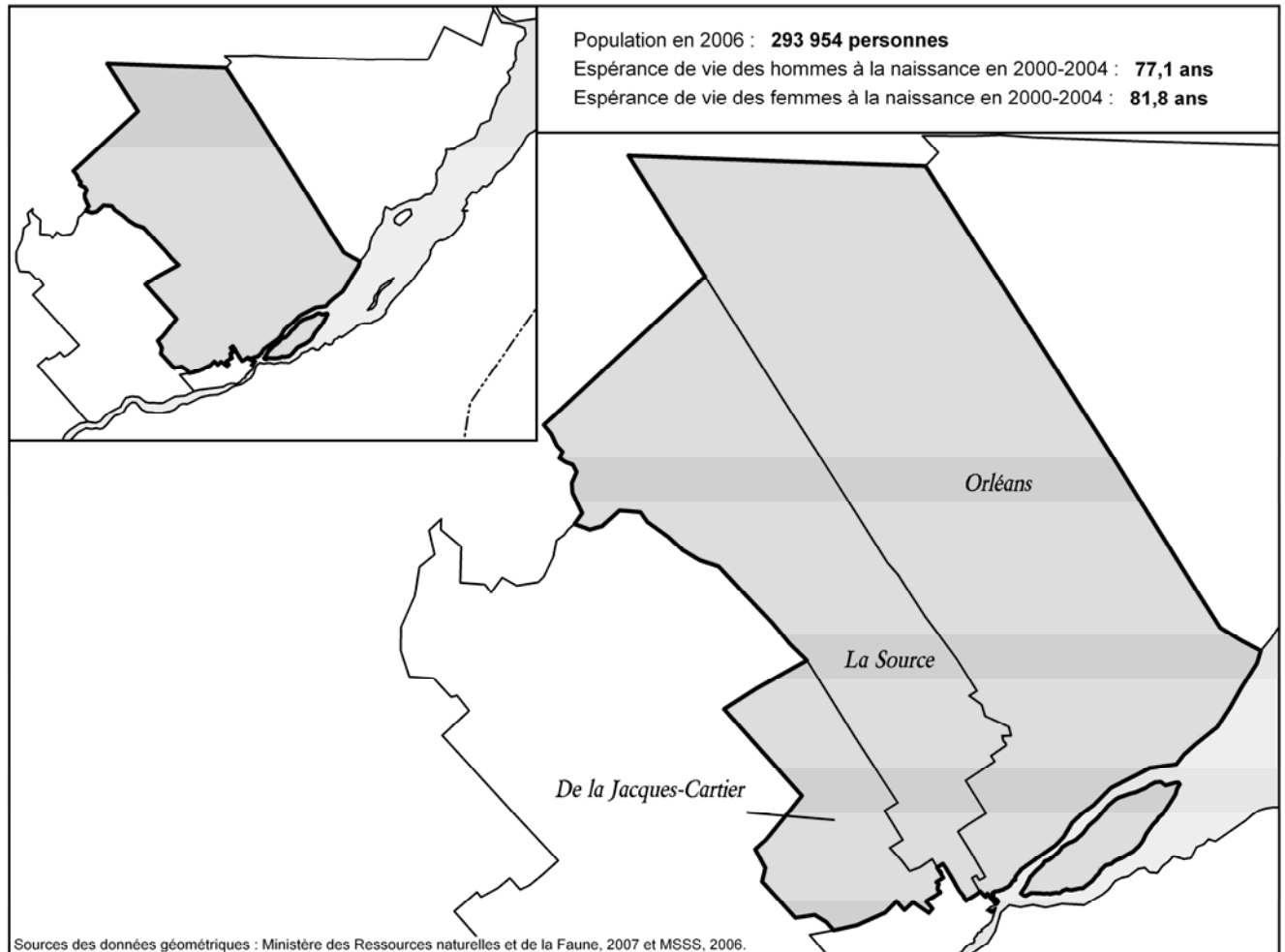
RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (03) :



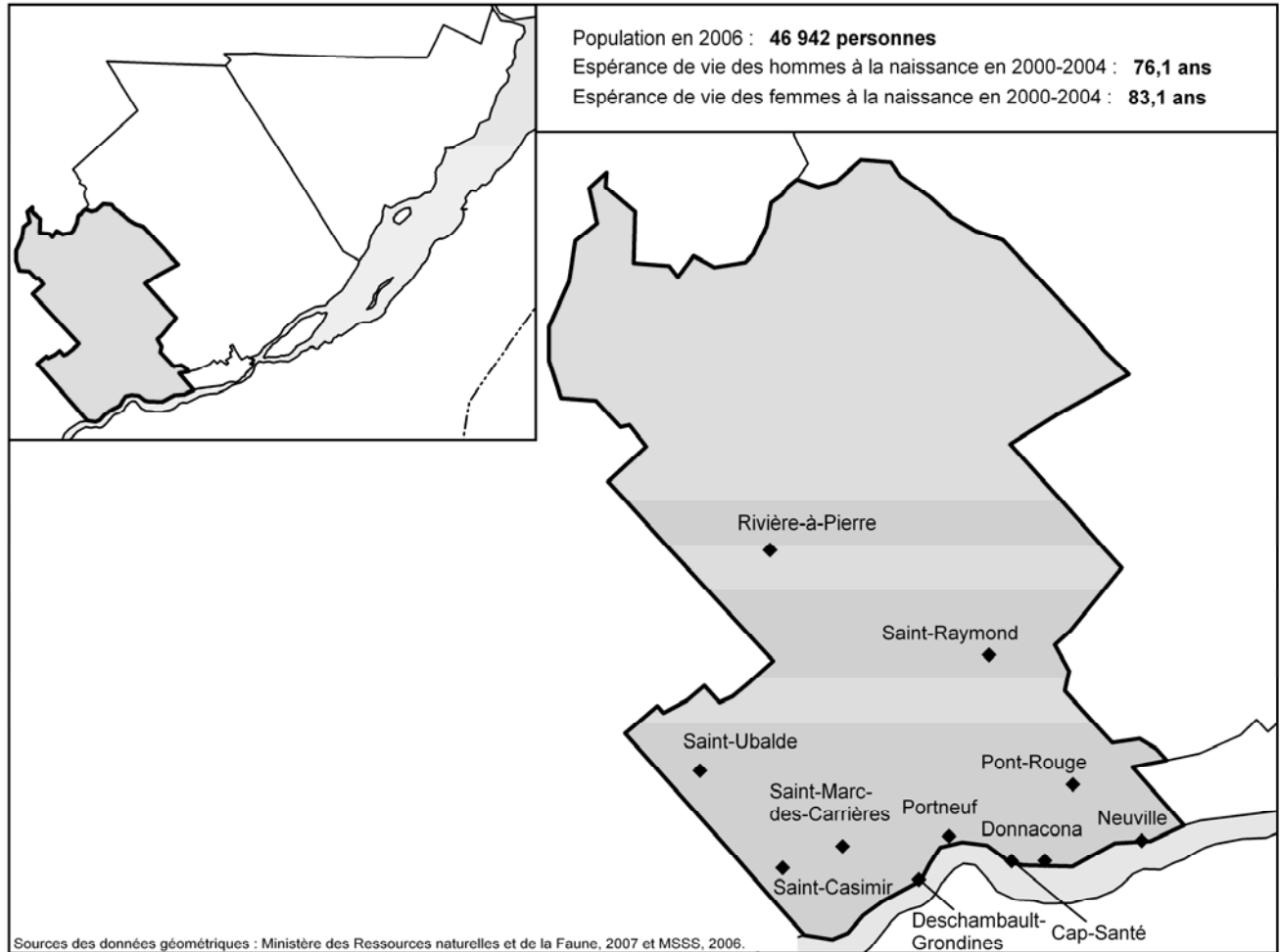
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE :



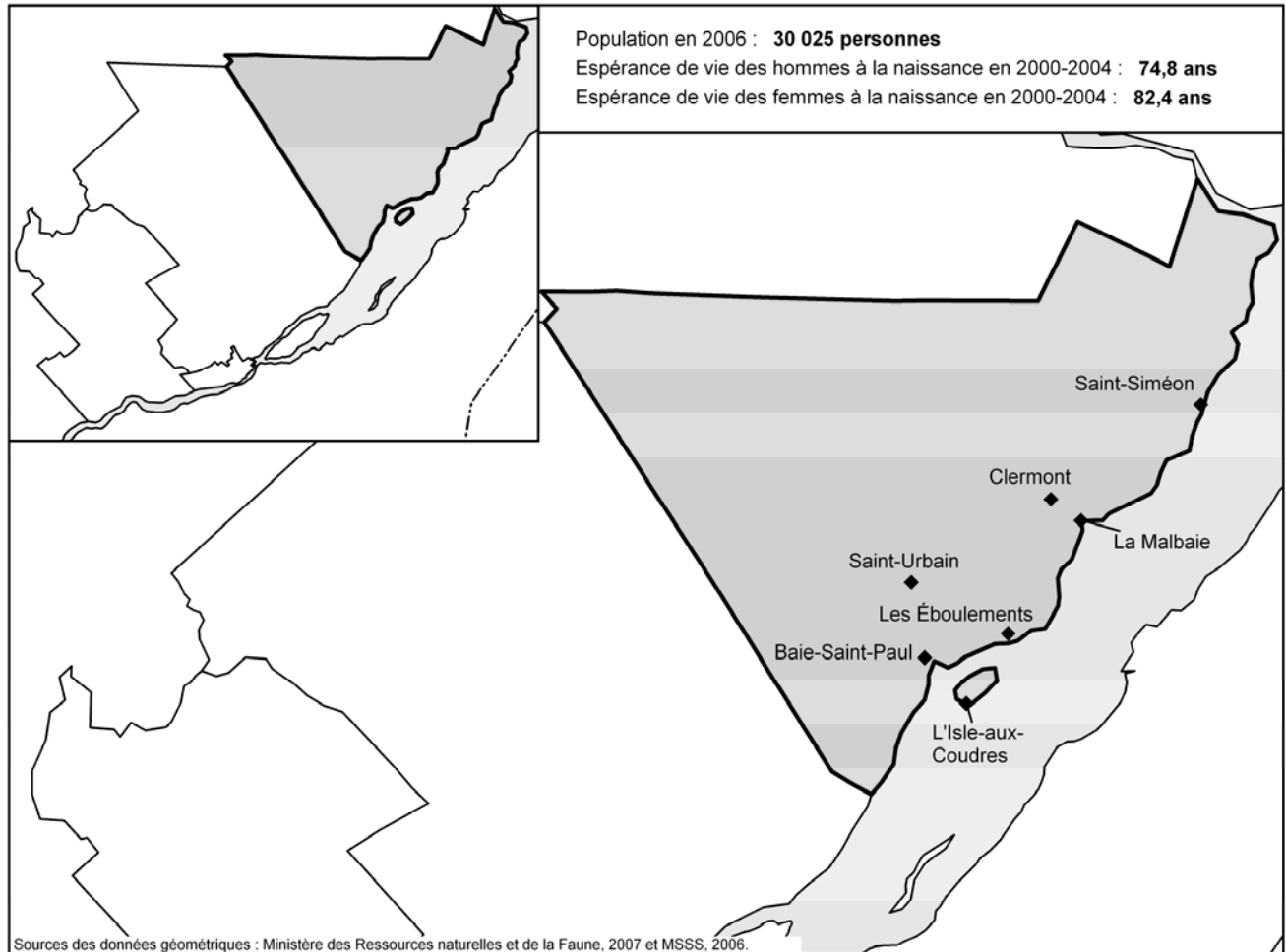
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD :



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF :



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX :



II - DONNÉES RÉGIONALES CONCERNANT LES TRAUMATISMES SUR LE TERRITOIRE

Le tableau intitulé Sommaire provincial pour une région administrative selon les catégories de désignation et les établissements (EGA2R03), présenté ici, est tiré intégralement de la banque centrale de données du Registre des traumatismes du Québec, fourni par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il fait partie d'un ensemble de tableaux produits le 21 juillet 2008. La période courante représente les périodes 1 à 13 de l'année financière 2007-2008; ces statistiques seront donc revues par le Comité régional de traumatologie de la Capitale-Nationale.

De plus, vous trouverez ci-après les mêmes données relatives à l'année financière 2008-2009 du Registre des traumatismes du Québec produit le 14 juillet 2009.

DESCRIPTION

TITRE DU TABLEAU

- Les dates mentionnées en sous-titre définissent la période de référence.
- Les informations ne tiennent pas compte des établissements de stabilisation.
- ISS est l'abréviation de Indice de sévérité du traumatisme (Injury Severity Scale). C'est une échelle de valeurs qui peut varier de 1 à 75.

RÉSULTATS

- **Période précédente** : la même période précédant immédiatement la période de référence.
- **Période courante** : période de référence mentionnée dans le sous-titre du tableau.
- **Moyenne québécoise** : le nombre obtenu est le résultat de la division du total provincial par catégorie de désignation (primaire, secondaire, secondaire régional, pédiatrique ou tertiaire) et le nombre d'établissements de même catégorie ayant transmis des données.

Évaluation du programme de traumatologie du Québec
Sommaire provincial pour une région administrative selon les catégories de désignation
et les établissements
2007-04-01 au 2008-03-31

Région administrative: CAPITALE-NATIONALE

Catégories de désignation	Période précédente				Période courante					Moyenne Québécoise			
	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15	Transferts reçus	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15
Tertiaire													
HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS	1722	28	83	510	1721	26	64	478	1033				
ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS TERTIAIRES	1722	28	83	510	1721	26	64	478	1033	1 004,3	14,3	50,0	336,7
Primaire													
HOPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL	30	2	2	2	31	8	0	7	3				
HOPITAL DE LA MALBAIE	23	2	0	1	39	6	3	2	10				
ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS PRIMAIRES	53	4	2	3	70	14	3	9	13	59,4	5,8	2,8	6,8
TOTAL DE LA RÉGION	1775	32	85	513	1791	40	67	487	1046				
ENSEMBLE DU QUÉBEC	18510	784	851	3180	15928	672	668	2566	5282				

Évaluation du programme de traumatologie du Québec
Sommaire provincial pour une région administrative selon les catégories de désignation
et les établissements
 2008-04-01 au 2009-03-31

Région administrative: CAPITALE-NATIONALE

Catégories de désignation	Période précédente				Période courante					Moyenne Québécoise			
	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15	Transferts reçus	Nombre de cas inscrits	Décès à l'urgence	Décès à l'admission	ISS > 15
Tertiaire													
HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS	1833	26	66	503	1718	24	70	509	971				
ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS TERTIAIRES	1833	26	66	503	1718	24	70	509	971	872,0	12,0	44,3	297,3
Primaire													
HOPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL	31	8	0	8	23	5	0	5	4				
HOPITAL DE LA MALBAIE	39	6	3	2	48	9	3	7	16				
ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS PRIMAIRES	70	14	3	10	71	14	3	12	20	50,0	4,7	2,2	6,2
TOTAL DE LA RÉGION	1903	40	69	513	1789	38	73	521	991				
ENSEMBLE DU QUÉBEC	18729	762	802	3175	14755	522	645	2366	4869				

III - MODÈLE CONCEPTUEL DU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

1 – Mise en œuvre de l'approche prévention

Ce sont les travaux de l'épidémiologiste américain William Haddon qui ont permis, au début des années 1970, de préciser les concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire à l'aide d'une matrice, puis d'élaborer des stratégies d'intervention efficaces en traumatologie :

- ◆ la **prévention primaire** correspond aux facteurs préimpact et vise les accidents;
- ◆ la **prévention secondaire** correspond aux facteurs préimpact et vise les blessures;
- ◆ la **prévention tertiaire** correspond aux facteurs postimpact et vise à réduire la morbidité et la mortalité consécutives aux blessures.

La prévention **primaire** et la prévention **secondaire** sont imparties principalement aux acteurs de la santé publique des paliers locaux et régionaux. Ces deux aspects constituent l'essence des maillons 1 et 2 de la chaîne de services du CST.

La prévention **tertiaire** regroupe l'ensemble des interventions et des moyens utilisés pour prendre en charge des blessés après un accident. Elle constitue une chaîne de services représentant les maillons 3 à 14 du modèle conceptuel du CST.

2 – Mise en œuvre de l'approche système intégré de soins

C'est aux États-Unis en 1992 que le Health Resources and Services Administration (HRSA) a publié le modèle ayant servi de plan initial pour la mise en œuvre des systèmes de soins en traumatologie; ce modèle permet aux différentes agences concernées de vérifier les moyens validés auprès des systèmes déjà existants et de faciliter le développement futur de leur propre organisation.

En février 2006, le HRSA a révisé son document intitulé *Model Trauma System Planning and Evaluation* et a mis l'accent sur les structures et fonctions d'un système de traumatologie dans le cadre de la santé publique.

L'ensemble des interventions postimpact auprès des traumatisés se divise essentiellement en trois volets opérationnels différents : le volet services préhospitaliers d'urgence, le volet hospitalier, le volet posthospitalier.

2.1 Volet services préhospitaliers d'urgence

Le volet services préhospitaliers d'urgence comprend quatre maillons :

- ◆ les premiers intervenants/l'appel d'urgence/les centres 911 (maillon 3)
- ◆ les centres de communication santé (maillon 4)
- ◆ les premiers répondants/les services policiers/les unités de désincarcération (maillon 5)
- ◆ les services ambulanciers (maillon 6).

Ce sont ces maillons qui constituent les composantes principales des SPU; leur raison d'être et leur mission seront précisées dans la description de l'état de situation de chaque maillon de la chaîne.

2.2 Volet hospitalier

Le volet hospitalier constitue un réseau d'établissements qui sont désignés en fonction de leur niveau de prestation de services aux traumatisés et de leur positionnement stratégique pour une région donnée.

Cinq niveaux de prestation ont été déterminés et chacun doit garantir des critères spécifiques pour obtenir une désignation ministérielle :

- ◆ les **services de stabilisation médicale** des traumatisés majeurs (maillon 7)
- ◆ les **centres primaires** de traumatologie (maillon 8)
- ◆ les **centres secondaires** de traumatologie (maillon 9)
- ◆ les **centres tertiaires** de traumatologie (maillon 10)
- ◆ les **centres d'expertise** pour certaines clientèles spécifiques comme les **blessés médullaires**, les **grands brûlés**, les blessés nécessitant une **réimplantation avec microchirurgie neurovasculaire** (maillon 11).

Ces cinq niveaux de prestation sont évalués à l'aide d'une matrice qui, grâce à des critères d'inclusion, permet de définir leur mission et la limite clinique de leurs interventions.

La continuité clinique des soins devant être assurés à un patient se fait par des corridors de services obligatoires, bidirectionnels, où la fluidité des transferts est garantie par l'absence de droit de refus de la part du centre receveur de plus grand niveau de prestation.

Encore ici, la description de chacun des maillons donnera le cadre conceptuel de chaque niveau de prestation.

2.3 Volet posthospitalier

Les soins aigus à un traumatisé doivent tenir compte de la préservation optimale de ses fonctions et la réadaptation doit être une préoccupation de l'équipe soignante dès le premier jour de l'hospitalisation.

L'appellation volet post-hospitalier n'est donc pas appropriée à cette description; le terme **réadaptation** est beaucoup plus réaliste et pertinent.

Dès l'hospitalisation, une première phase, la **réadaptation précoce** doit être incorporée dans l'approche globale des soins aux traumatisés et être impartie de façon indissociable et obligatoire aux centres de traumatologie qui reçoivent une désignation dans le réseau de traumatologie.

Un certain nombre de patients doivent cependant être hospitalisés dans des unités spécifiques de réadaptation afin de récupérer le niveau d'indépendance fonctionnelle qui était le leur avant l'accident.

Les centres offrant des **services de réadaptation à l'interne**, constituant le **maillon 12** de la chaîne, font l'objet d'une désignation ministérielle spécifique pour un bassin de population délimité.

D'autres centres sont désignés par les équipes d'évaluation ministérielles selon leur capacité à dispenser des **services de réadaptation à l'externe**; ces établissements constituent le **maillon 13** de la chaîne.

Enfin, certains établissements ou organismes offrent des services dont le but est le **maintien de la personne dans un milieu de vie optimal**; leur clientèle présente habituellement des incapacités permanentes et nécessite un **soutien constant**. Ces établissements constituent le **maillon 14** de la chaîne de services.

L'ensemble des actions et des interventions de tous ces maillons nécessite des mécanismes de concertation pour les gérer et les coordonner.

3 – Mécanismes de concertation et de gouvernance

La gestion et la coordination de l'ensemble des actions et des interventions de tous les maillons de la chaîne de services du CST fait appel à divers mécanismes de concertation.

3.1 Rôles et fonctions

Pour assurer la mise en œuvre et le fonctionnement du réseau de traumatologie, le MSSS a déterminé divers **rôles et fonctions** à confier à différentes structures et comités :

Planification

- ◆ Définition des grandes orientations;
- ◆ Mise en œuvre de programmes spécifiques;

Intégration

- ◆ Regroupement horizontal et vertical des diverses facettes et acteurs en traumatologie en un tout cohérent, efficace et efficient.

Soutien

- ◆ Expertise-conseil face à des problèmes cliniques ou opérationnels :
 - pour le MSSS;
 - pour les agences régionales;
 - pour les établissements du réseau.

Évaluation

- ◆ Définition de normes et critères applicables aux différents programmes et permettant un suivi de la performance et de la qualité.

Promotion et représentation

- ◆ Diffusion de l'information sur les enjeux et les besoins du programme auprès des décideurs.

Vision

- ◆ Perception globale du Continuum de services en traumatologie articulés sur les besoins de cette clientèle spécifique.

3.2 Les différents comités

Le Programme de traumatologie relève de la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire du MSSS.

Les comités responsables de la concertation en traumatologie sont permanents.

3.2.1 Groupe de suivi en traumatologie

Le groupe de suivi en traumatologie est une structure ministérielle dont le mandat consiste à :

- ◆ assurer l'intégration des diverses activités ministérielles en traumatologie;

- ◆ assurer la planification stratégique, l'évaluation et le suivi lors de l'implantation des services;
- ◆ définir les orientations et les priorités du Programme de traumatologie;
- ◆ analyser le développement du système intégré;
- ◆ faire les interventions requises pour corriger les situations problématiques;
- ◆ rendre compte de ses activités au ministre;
- ◆ assurer la transmission de l'information sur le Programme de traumatologie à tous les niveaux du MSSS;
- ◆ entendre et consulter les groupes-conseils en santé physique et en réadaptation, le comité des centres tertiaires et le comité directeur du Registre des traumatismes.

3.2.2 Groupe-conseil en traumatologie (santé physique)

Le groupe-conseil en traumatologie (santé physique) est un groupe externe au MSSS qui exécute pour lui des mandats d'analyse et de recommandations en fonction de problématiques présentes dans le programme québécois de traumatologie.

Ce groupe-conseil assume aussi pour les agences régionales un rôle de soutien et d'expert-conseil.

Normalement, trois types de mandats sont attribués à ce groupe:

- ◆ Évaluation des établissements en vue d'une désignation;
- ◆ Suivi périodique des éléments du système;
- ◆ Sur demande spécifique du ministre ou d'une agence, analyse des situations problématiques et dépôt des recommandations en vue de leur correction ou de leur amélioration.

3.2.3 Groupe-conseil en traumatologie (réadaptation et soutien à l'intégration)

Le groupe-conseil en traumatologie (réadaptation et soutien à l'intégration) a un mandat en tout point similaire à celui du groupe-conseil en santé physique, mais son expertise spécifique et ses mandats touchent exclusivement le secteur de la réadaptation.

3.2.4 Comité de concertation ministériel en traumatologie

Le comité de concertation ministériel en traumatologie est chargé d'assurer une vue d'ensemble du CST et de fournir des avis afin de soutenir la mise en place des continuums de services spécifiques en fonction d'une clientèle. Ce comité est composé de délégués des parties impliquées dans le développement de ce secteur spécifique d'activité (ex. : traumatisés craniocérébraux, blessés médullaires, blessés orthopédiques graves).

3.2.5 Comité provincial de traumatologie

Dédié à l'amélioration continue du Réseau de services en traumatologie, le Comité provincial de traumatologie regroupe, outre les instances ministérielles, des représentants des agences régionales et des groupes-conseils.

Ce comité assure le suivi de l'évolution du programme national, permet un partage de l'information, propose des orientations et des priorités stratégiques, met en œuvre des dossiers d'intérêt commun et définit les besoins de formation touchant divers aspects de la traumatologie.

3.2.6 Comité des centres tertiaires

Le comité des centres tertiaires s'intéresse spécifiquement aux cinq centres tertiaires (adultes et pédiatriques) et assure les liens nécessaires entre les centres tertiaires pour les aspects suivants :

- ◆ Qualité des soins
- ◆ Accessibilité universelle
- ◆ Corridors de services
- ◆ Réadaptation précoce
- ◆ Centres d'expertise
- ◆ Continuums pour les clientèles spécifiques
- ◆ Priorités en prévention primaire et secondaire
- ◆ Enseignement
- ◆ Recherche en traumatologie

3.2.7 Comité directeur du Registre des traumatismes

Le comité directeur du Registre des traumatismes est chargé de définir les orientations stratégiques sur la consolidation et l'amélioration continue du contenu; il doit aussi s'assurer que les clients reçoivent une réponse optimale à leur besoin d'information.

Ce comité assure le suivi des dépenses budgétaires autorisées pour le Registre dans le cadre des orientations et des objectifs définis.

3.2.8 Comité des utilisateurs du Registre des traumatismes

Le comité des utilisateurs du Registre des traumatismes est chargé de définir les besoins de la clientèle.

3.2.9 Comité de concertation MSSS/SAAQ en traumatologie

Le comité de concertation MSSS/SAAQ en traumatologie est chargé de faciliter l'harmonisation des actions et des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs respectifs du MSSS et de la SAAQ en matière de services aux traumatisés.

3.2.10 Comités régionaux de traumatologie

Les comités régionaux de traumatologie peuvent être caractérisés comme suit.

Nature

- ◆ Relèvent de l'Agence
- ◆ S'adressent à l'ensemble des structures et intervenants régionaux concernés par la traumatologie

Mandat

- ◆ Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un plan directeur régional en traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- ◆ Superviser l'implantation et assurer le suivi du plan directeur régional en traumatologie (services préhospitaliers d'urgence, hospitalier, réadaptation, soutien à l'intégration);
- ◆ Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux;
- ◆ Assurer la présence des protocoles de transfert requis ;
- ◆ Assurer la qualité et l'accessibilité des soins et des services à toute la population de la région;
- ◆ 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;
- ◆ Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil en traumatologie en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- ◆ 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 ;
- ◆ Assurer la promotion du développement du programme régional de traumatologie;
- ◆ Assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

Composition

- ◆ La composition des comités régionaux doit s'ajuster aussi bien aux sujets discutés et aux besoins de la région qu'aux diverses étapes du continuum. Pour ce faire, un noyau de base pourrait être constitué, auquel viendraient se greffer d'autres groupes ou individus, au besoin. À titre indicatif, il est suggéré de choisir un ou plusieurs représentants dans les organismes suivants :
 - chacun des centres désignés;
 - les services préhospitaliers d'urgence;
 - l'Agence;
 - les services de réadaptation;
 - les services de soutien à l'intégration.

3.2.11 Comités locaux de traumatologie

Les comités locaux de traumatologie peuvent être caractérisés comme suit.

Nature

- ◆ Sont des comités multidisciplinaires d'analyse et de recommandations;
- ◆ Relèvent du directeur des services professionnels (ou d'une personne déléguée par lui) ou du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- ◆ S'adressent à toutes les personnes, départements et services concernés par les activités de la traumatologie dans l'établissement ainsi qu'aux secteurs services préhospitaliers d'urgence.

Mandat

- ◆ Assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'établissement;
- ◆ Définir les besoins et adresser aux responsables des directions et services concernés des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatismes;
- ◆ Assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un registre des traumatismes;
- ◆ Contribuer à établir, pour les services offerts aux personnes traumatisées, des normes de qualité conformes à l'environnement existant. Procéder à l'étude des dossiers en fonction de critères objectifs à déterminer, y compris pour les cas de mortalité;
- ◆ Assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;

- ◆ Assurer le suivi des recommandations déposées par le groupe-conseil en traumatologie, lors des visites d'évaluation de la performance de l'établissement;
- ◆ Assurer les liens avec les secteurs services préhospitaliers d'urgence pour la prise en charge des victimes de traumatisme;
- ◆ Assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont);
- ◆ Permettre à l'équipe d'intervenants en traumatologie de procéder aux ajustements nécessaires à la réussite du Programme de traumatologie;
- ◆ Informer tous les membres au sujet des correspondances destinées à la traumatologie.

Composition

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

- ◆ Directeur des services professionnels ou son représentant
- ◆ Président de l'exécutif du CMDP ou son représentant
- ◆ Médecin responsable du comité
- ◆ 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
- ◆ Pharmaciens
- ◆ Représentant du secteur services préhospitaliers d'urgence
- ◆ Médecins représentant les disciplines concernées directement par la traumatologie :
 - anesthésie
 - orthopédie
 - chirurgie
 - neurochirurgie
 - soins intensifs
 - médecine interne
 - radiologie
- ◆ Archiviste responsable du registre des traumatismes
- ◆ Autres intervenants concernés au besoin

IV – ARCHITECTURE ET INGÉNIERIE DU PROGRAMME NATIONAL DE TRAUMATOLOGIE

1 – Principes directeurs tirés de la littérature internationale en traumatologie

1.1 La chronodépendance

Selon les résultats des travaux du D^r Adam Cooley, de Baltimore, la survie en traumatologie est dépendante du temps réel. Ce chercheur a en effet démontré que si un traumatisé demeure en choc hypovolémique pour une période de plus de 60 minutes, ses chances de survie sont quasi nulles. C'est ce qui a donné naissance au concept de « *Golden hour* ».

1.2 L'inversion du fardeau de la preuve

L'inversion du fardeau de la preuve nous vient des travaux de William Blaisdell, (1981), surg, Clin, of N.A. (Saunders), dans lesquels, pour respecter la chronodépendance du traumatisme, le fardeau de prouver l'existence d'une blessure n'incombait pas au patient mais bien au système de soins, qui devait assurer une prise en charge axée sur une recherche rapide et protocolisée de la présence ou de l'absence de toute lésion significative.

1.3 La régionalisation

Défenseurs de la régionalisation des ressources préhospitalières et hospitalières, J.G. West et Donald D. Trunkey (1979) ont démontré que l'orientation optimale des victimes de trauma vers des centres de traumatologie désignés diminuait de façon significative la mortalité.

1.4 Les décès évitables

Enfin, en 1983, Trunkey a établi que le système intégré de traumatologie a un impact clinique majeur sur environ 30 % des décès des traumatisés graves, ce qui lui a permis de populariser les concepts de décès évitables et de distribution trimodale de la mort traumatique.

2 – Objectifs opérationnels du programme

Le réseau de traumatologie est essentiellement un réseau de services permettant de fournir aux traumatisés tous les soins requis par leur état.

Les objectifs opérationnels du réseau sont :

- ◆ l'accessibilité
- ◆ l'efficacité
- ◆ la qualité
- ◆ la continuité

2.1 L'accessibilité

L'accessibilité doit être universelle et permettre à tout traumatisé grave ou potentiellement grave d'être pris en charge rapidement et sans délai par le système de santé.

Cet objectif sous-tend une intégration de tous les intervenants de la chaîne de services : les services préhospitaliers d'urgence, l'hospitalier et le posthospitalier.

2.2 L'efficacité

La traumatologie oblige la compression maximale des délais.

Le triage se fait en services préhospitaliers d'urgence sur le site, à partir de l'échelle de l'Indice services préhospitaliers d'urgence en traumatologie (IPT) et de l'Impact à haute vitesse (IHV).

La mise en tension des ressources hospitalières se fait en fonction de l'IPT et de l'IHV.

La prise en charge hospitalière, la réanimation initiale, le bilan lésionnel et l'orientation définitive sont protocolisés.

La chirurgie, l'hospitalisation ou le transfert se font sans délai et en respectant les ententes de corridors de services.

2.3 La qualité

Toutes les interventions de la chaîne de services sont protocolisées et encadrées.

Tous les dossiers majeurs doivent être revus par les comités locaux de traumatologie.

Toutes les actions régionales et locales doivent être conformes aux objectifs régionaux et nationaux.

2.4 La continuité

Tous les traumatisés doivent avoir accès aux soins ultraspécialisés requis par leur état.

Les transferts de traumatisés doivent se faire sans aucun magasinage par un corridor de services bidirectionnel.

Le droit de refus par un centre receveur est aboli par entente entre les administrations hospitalières concernées (centre expéditeur et centre receveur).

3 – Infrastructures du réseau de traumatologie

3.1 Caractéristiques

3.1.1 Service de stabilisation médicale des traumatisés

- ◆ Couverture médicale 24/7
- ◆ Plateau technique minimal
- ◆ Stabilisation médicale seulement
- ◆ Ni investigation radiologique ni examen de laboratoire
- ◆ Délai interne maximal de 10 minutes
- ◆ Obligation de fournir une escorte médicale si nécessaire selon les critères du Collège des médecins du Québec (CMQ)
- ◆ À plus de 30 minutes d'un centre de trauma désigné

3.1.2 Centre primaire de traumatologie

- ◆ Plateau technique chirurgical de base
- ◆ Couverture anesthésique et de chirurgie générale 24/7
- ◆ Stabilisation chirurgicale ou hémorragique avant transfert si nécessaire
- ◆ Escorte médicale si nécessaire (critères du CMQ), voir le point 4
- ◆ À plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie de niveau plus élevé

3.1.3 Centre secondaire de traumatologie

- ◆ Couverture 24/7 en orthopédie, soins intensifs et médecine interne
- ◆ Centre de référence ayant signé des ententes sur des corridors de services avec les centres primaires et services de stabilisation de sa région
- ◆ Aucune rétention de traumatisé craniocérébral (TCC) modéré et sévère

- ◆ Orientation des TCC mineurs et légers vers un programme de suivi reconnu
- ◆ Masse critique (> 200 traumatisés avec ISS \geq 12, URBAIN)

3.1.4 Centre secondaire régional

- ◆ Centre de référence régional en neurotraumatologie 24/7
- ◆ Couverture habituelle en orthopédie, soins intensifs et médecine interne
- ◆ Équipe interdisciplinaire de réadaptation et participation à un programme de suivi externe pour les neurotraumatisés
- ◆ Programme de suivi régional pour les TCC mineurs et légers

3.1.5 Centre tertiaire

- ◆ Centre universitaire de référence suprarégional en neurotraumatologie
- ◆ Niveau de prestation surspécialisé en traumatologie et en neurotraumatologie
- ◆ Structure d'enseignement et de recherche en traumatologie
- ◆ Mécanismes de consultation et de formation pour les établissements ayant signé des ententes de corridors
- ◆ Masse critique > 1,5 M de population

3.1.6 Centre pédiatrique de traumatologie

- ◆ Seulement deux centres dans cette catégorie jouent un rôle tertiaire
- ◆ Transferts pédiatriques venus de toute la province
- ◆ Service de consultation à distance 24/7
- ◆ Très faible masse critique

3.1.7 Centre d'expertise pour les blessés médullaires

- ◆ Deux centres (Est et Ouest)
- ◆ De concert avec la réadaptation, forment des consortiums pour la prise en charge globale
- ◆ Transferts en phase aiguë protocolisés pour tous les patients stables
- ◆ Équipes interdisciplinaires intégrées pour la réadaptation et la régionalisation
- ◆ Programme prévu au centre d'expertise de l'ouest pour les cas de dépendance respiratoire

3.1.8 Centres d'expertise pour les grands brûlés

- ◆ Deux centres pour cette clientèle (Est et Ouest)
- ◆ De concert avec la réadaptation, forment des consortiums pour la prise en charge globale et le suivi
- ◆ Transferts protocolisés et orchestrés par le centre receveur

3.1.9 Centre pour la réimplantation de membres nécessitant une microchirurgie neurovasculaire

- ◆ Centre désigné dans l'ouest pour offrir une couverture 24/7 pour cette clientèle
- ◆ Ligne téléphonique 1 800 pour permettre la communication et l'accessibilité à ces services
- ◆ Couverture territoriale de toute la province pour les transferts

3.2 Distribution des établissements du réseau de traumatologie

3.2.1 Centres primaires et services de stabilisation

- ◆ 26 centres primaires
- ◆ 22 services de stabilisation (en révision)

3.2.2 Centres secondaires

- ◆ 27 centres secondaires dont 4 avec un rôle régional en neurotraumatologie (centres secondaires régionaux)

3.2.3 Centres tertiaires

- ◆ 3 centres tertiaires adultes
 - Centre universitaire de santé McGill
 - Hôpital de l'Enfant-Jésus
 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- ◆ 2 centres pédiatriques
 - Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
 - Hôpital de Montréal pour enfants
- ◆ 2 consortiums pour les blessés médullaires
 - HEJ/IRDPO
 - HSCM/IRM
- ◆ 2 consortiums pour les grands brûlés
 - CHUM-HDM/Villa médicale/Lucie Bruneau
 - HEJ/IRDPO
- ◆ 1 centre de réimplantation
 - CHUM-HND

3.3 Points communs obligatoires pour tout établissement désigné

- ◆ Programme local de traumatologie et leadership véritable
- ◆ Comité local de traumatologie et participation au comité régional
- ◆ Étude des cas décédés, hospitalisés ou transférés
- ◆ Signature par les administrations visées d'ententes sur des corridors de services bidirectionnels

4 – Critères du Collège des médecins du Québec pour les escortes médicales

Un seul des critères suivants qualifie tout patient pour bénéficier d'un accompagnement médical compétent lors d'un transfert interétablissement :

- ◆ A subi un arrêt cardiorespiratoire
- ◆ Présente des signes vitaux instables
- ◆ Montre des risques de détérioration ou de décès
- ◆ Est intubé et risque des complications
- ◆ A moins de 16 ans

(CMQ, Guide d'exercice, décembre 1998)

V – LES MAILLONS DU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE DE LA CAPITALE-NATIONALE

La région de la Capitale-Nationale contribue de façon importante au bon fonctionnement du réseau national de traumatologie, tant par son rôle local et régional que par sa participation à l'offre de service interrégionale.

Les infrastructures dont elle est dotée lui permettent non seulement de garantir des services efficaces et de qualité à sa population immédiate, mais aussi de donner accès à des services ultraspécialisés aux nombreux traumatisés dont la région de provenance n'offre pas le panier de services complet requis par leur condition.

Chaque maillon de la chaîne régionale de services en traumatologie fera l'objet d'un état de situation actuel, d'une description des objectifs à court et moyen termes, et d'un Plan d'action 2009-2012, comme l'a demandé le Groupe de suivi ministériel en traumatologie.

MAILLON 1 : La prévention des accidents

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

La prévention des accidents regroupe l'ensemble des mesures visant à **réduire les risques d'accident**.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 regroupe la prévention des traumatismes non intentionnels sous trois volets :

- ◆ Les activités de prévention des traumatismes routiers
- ◆ Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile
- ◆ Les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Tout comme la plupart des autres régions du Québec, la Capitale-Nationale s'appuie grandement sur les travaux réalisés par les intervenants de la Direction régionale de santé publique en matière de prévention des accidents et de promotion de la sécurité.

Des activités sont en cours dans le secteur de la prévention des traumatismes non intentionnels, principalement en regard des personnes âgées et des jeunes. De plus, pour le secteur de la prévention des traumatismes intentionnels, d'autres interventions visent surtout la prévention du suicide et de la violence conjugale; la violence en milieu scolaire est aussi abordée.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

La promotion de la sécurité et la prévention des accidents font partie intégrante des activités de la Direction régionale de santé publique.

Une approche spécifique de la prévention des accidents et incidents pouvant causer des blessures et même des mortalités fait appel à une concertation intersectorielle visant à rendre les structures, l'environnement et les comportements plus sécuritaires (voir annexe 1).

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

C'est à la Direction régionale de santé publique que doit être imparti le leadership régional en vue de la mobilisation des individus, des réseaux locaux, des organisations sociosanitaires et gouvernementales pour la mise en œuvre et la promotion de la prévention primaire; les objectifs du plan national et du plan régional de santé publique doivent demeurer la cible à long terme en cette matière.

MAILLON 2 : La prévention des blessures

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

La prévention des blessures regroupe l'ensemble des mesures pouvant **réduire le nombre et la gravité des traumatismes** lors d'un accident.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Tout comme pour le maillon 1, la Direction régionale de santé publique est *de facto* considérée comme maître d'œuvre de la prévention secondaire ou prévention des blessures.

Cependant, pour les intervenants de cette direction, la distinction entre prévention primaire et prévention secondaire ne se traduit pas nécessairement en deux plans d'action spécifiques ayant des objectifs séparés et des indicateurs bien définis.

Il en résulte que le **lien de cause à effet** entre les cibles déterminées par les activités de prévention secondaire et la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels est difficile à évaluer quantitativement.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

À l'instar de bien des régions administratives, les cibles prioritaires demeurent, pour la Capitale-Nationale, les objectifs du programme national et du programme régional de santé publique :

- ◆ Réduire le nombre de décès et de blessures chez les usagers du réseau routier
- ◆ Réduire la mortalité et la morbidité liées aux chutes à domicile
- ◆ Réduire la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs

(voir annexe 1)

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

Parce que la région de la Capitale-Nationale est desservie par un centre de traumatologie tertiaire très important au plan de la masse critique de traumatisés majeurs, les cas inscrits par cet établissement dans le RTQ constituent une banque fort précieuse pour déterminer la nature, les causes et les conséquences des divers traumatismes.

Ces données, qui nous permettent de pondérer les causes et la nature des blessures, devraient justifier la priorisation de certaines activités de prévention reconnues efficaces, en tenant compte de la gravité des conséquences.

Dans la littérature occidentale, les banques de données des registres des traumatismes sont l'une des principales sources pour la planification des activités de prévention primaire et secondaire.

MAILLON 3 : Les premiers intervenants, l'appel d'urgence et les centres 911

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Le principal objectif de ce troisième maillon est de sensibiliser les premiers témoins d'une situation de détresse à **communiquer** rapidement, via les centres 911, avec les services d'urgence et à **intervenir** auprès des victimes.

Les centres 911 sont les guichets uniques pour alerter le réseau des services d'urgence de toute situation de détresse et favoriser l'apport de secours initial par le grand public.

La localisation géographique de l'appelant demeure une problématique en voie d'être résolue grâce aux nouvelles technologies.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Tout comme dans l'ensemble des autres régions au Québec, très peu de gens de la région de la Capitale-Nationale ont reçu la formation pour intervenir à titre de secouristes auprès des traumatisés, et le non-interventionnisme des Québécois est culturel et généralisé.

En revanche, avec la popularité des téléphones cellulaires, la communication de l'information de situations de détresse aux centres 911 se fait habituellement rapidement.

La bascule des appels de détresse santé s'effectue rapidement vers le centre de communication santé (CCS).

L'ensemble du territoire de la région est couvert par le 911.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Les objectifs régionaux pour ce qui est des premiers intervenants sont de favoriser la **sensibilisation du grand public** au secourisme primaire et à la réanimation cardiorespiratoire.

Grâce à la participation de certains partenaires à des tables régionales et avec la priorisation de certains projets par le comité régional de traumatologie, nous comptons actualiser des initiatives de formation en secourisme primaire et en RCR chez certains groupes cibles.

- ◆ L'**uniformisation du traitement des appels du public**, permettant de remédier aux inconvénients causés par l'existence de différents 911, demeure un objectif sur le point d'être totalement réalisé.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ En désignant un mandataire qui assumera le leadership pour la sensibilisation et la formation des premiers intervenants, le tout en concertation avec les organismes déjà reconnus (Croix-Rouge, Fondation des maladies du cœur, Ambulance Saint-Jean, commissions scolaires, etc.).
- ◆ En normalisant les systèmes de gestion des appels, les programmes d'amélioration continue de la qualité, la localisation des appelants par l'association des centres 911.
- ◆ En veillant à ce que le CCS obtienne des centres 911 toute la collaboration et le soutien technique nécessaires à l'atteinte des objectifs conceptuels du CST. (Il s'agit du mandat du comité régional de traumatologie.)

MAILLON 4 : Les centres de communication santé

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les centres de communication santé sont des organismes définis dans la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, qui ont pour mission de **gérer efficacement** les demandes de service lors de détresse, en établissant les **priorités** et en affectant adéquatement les **ressources**.

Leur fonctionnement et leurs protocoles visent la définition et la priorisation des besoins de santé, l'envoi des ressources pertinentes, l'encadrement des interventions et l'orientation optimale des victimes vers les établissements les plus appropriés.

On doit aussi à ces organismes la constitution de banques de données sur les coordonnées des interventions, axée sur la gestion d'un programme d'amélioration continue de la qualité.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Le Centre de communication santé des Capitales (CCSC) correspond aux prescriptions de la loi sur les SPU.

La gestion des appels en santé couvre, en plus de la région de la Capitale-Nationale (agglomération de Québec, Côte-de-Beaupré, Charlevoix, Portneuf, réserve faunique des Laurentides), les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec.

Le volume d'appels se chiffre annuellement à près de 90 000.

Le CCSC partage l'édifice et certaines technologies telles la répartition assistée par ordinateur (RAO) avec la centrale de communication de la Ville de Québec.

Bien que la technologie de localisation automatisée des véhicules GPS ait récemment été implantée, certaines **additions technologiques** demeurent nécessaires pour faciliter la constitution des banques de données statistiques et la gestion du programme d'amélioration continue de la qualité.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Le rajeunissement technologique de la RAO s'avère essentiel pour faciliter l'encadrement des interventions, l'envoi des ressources appropriées et l'orientation optimale des victimes. Cependant, il s'agit là d'un partenariat avec la Ville de Québec et les négociations sont en cours.
- ◆ L'acquisition d'outils informatiques est maintenant devenue une priorité pour la gestion statistique des coordonnées des différentes interventions, menant à la gouvernance décentralisée des SPU de la région.

- ◆ Il devient de plus en plus essentiel de remédier à la pénurie de personnel formé pour la prise d'appels et la répartition.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ Pour les améliorations technologiques, incluant la RAO, il faut réanimer le partenariat avec la Ville de Québec; avec les investissements déjà consentis le CCS et l'Agence ne peuvent plus reculer.
- ◆ Pour la constitution des banques de données et la gestion des événements spéciaux, l'acquisition des éléments de soutien informatique manquants est une priorité.
- ◆ Avec la réanimation du comité régional de traumatologie, l'amorce des solutions proposées semble possible.

MAILLON 5 : Les premiers répondants, les services policiers et les unités de désincarcération

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Normalement, ce cinquième maillon est constitué d'organismes municipaux ayant reçu le mandat d'**intervenir d'urgence** comme ressources de première ligne avant l'arrivée des services ambulanciers.

Ces organismes ont pour mission d'assurer une réponse rapide gérée par **protocoles**, permettant de prodiguer des soins aux traumatisés jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.

De plus, ils permettent de **sécuriser les sites d'intervention** et collaborent avec les services ambulanciers pour dégager les victimes incarcérées.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Premiers répondants

Actuellement, seulement 8 municipalités de la région (L'Ancienne-Lorette, Neuville, Pont-Rouge, Sainte-Brigitte de Laval, Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier, Saint-Gabriel de Valcartier, Saint-Ubalde, Shannon) offrent des services de premiers répondants.

L'Agence offre des blocs de formation continue de 4 heures aux premiers répondants des municipalités reconnues, ainsi que des recertifications annuelles sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'EpiPen^{Mc}.

Policiers et pompiers

L'ensemble de la région de la Capitale-Nationale est couvert pour les cas de désincarcération par les services d'incendie, à l'exception de la réserve faunique des Laurentides, où c'est une unité exploitée par le MSSS des Transports qui s'en charge.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

De façon optimale, les objectifs régionaux seraient d'avoir sur l'étendue du territoire régional des services de **premiers répondants** qui permettraient de raccourcir de façon significative le temps de réponse systémique.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

De façon réaliste, comme l'implantation des premiers répondants fait suite à une demande formelle des municipalités, étant donné le contexte actuel des relations de travail, nous sommes présentement à la remorque du contexte politico-social du secteur de la sécurité publique.

Cependant, il nous faut maintenir une pression de sensibilisation et de prise de conscience sur les retombées positives, pour la population, des services de premiers répondants.

MAILLON 6 : Les services ambulanciers

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les entreprises ambulancières et leur personnel sont des intervenants intégrés du réseau de la santé.

Ces intervenants sont formés pour **effectuer une prise en charge optimale des traumatisés** et pour les **transporter rapidement** vers les établissements désignés selon la gravité de leur état.

Ils prodiguent les soins requis selon des **protocoles validés**, effectuent un **triage** en fonction d'une échelle reconnue et évaluent des **indices d'impact** pour apprécier l'énergie cinétique et ses conséquences potentielles.

Selon les normes recueillies, les traumatisés majeurs sont orientés par les services ambulanciers vers les ressources hospitalières désignées dans le réseau de traumatologie.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

L'ensemble de la région de la Capitale-Nationale a accès aux SPU via le service 911 décrit au maillon 3.

Sur réception de l'appel, le CCSC évalue les besoins, priorise l'urgence et affecte les ressources nécessaires.

En fonction de la priorité établie, le CCSC affecte les premiers répondants, le cas échéant, et les ambulanciers à l'aide d'un système de radiocommunication.

Le territoire de la Capitale-Nationale est couvert par neuf entreprises ambulancières qui effectuent annuellement un peu plus de 50 000 transports (51 917 en 2007-2008).

Comme l'a demandé le groupe-conseil ministériel en traumatologie, un système de radiocommunication a été installé à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) afin que les ambulanciers des secteurs de Beaupré, Portneuf et de l'agglomération de Québec puissent transmettre l'information directement à la salle d'urgence, en guise de préavis. À cet effet, actuellement, dans le cadre d'un projet pilote mis sur pied en collaboration avec la Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec (CTAQ), en cas d'accident, un superviseur se rend sur les lieux pour prendre des photos de la cinétique de l'événement; celles-ci seront transmises au centre tertiaire avant même que le client ne soit admis dans la salle d'urgence, ce qui permet aux intervenants de bien comprendre l'ampleur et la dynamique de l'accident. Pour le secteur de Charlevoix, le tout s'effectue par téléphonie cellulaire.

La formation en traumatologie est obligatoire pour tous les TAP. Chacune des interventions cliniques faites par les TAP auprès des traumatisés est encadrée par des protocoles nationaux et par un programme d'amélioration continue de la qualité sous la supervision du directeur médical régional du SPU. De plus, toutes les interventions sont monitorées par un système informatisé qui enregistre les données GPS et permet d'analyser l'ensemble des données.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Sur le **plan clinique**, la détection et l'orientation optimale des victimes de traumatismes majeurs grâce à l'IPT et à l'IHV est parfois déficiente. Des efforts devront être consentis pour améliorer la situation; une formation ad hoc pourrait être envisagée.

Le **préavis** est aussi inconstant surtout de la part des TAP de certaines entreprises. En raison des implications négatives directes de cette dérogation, il faudra avoir recours à des actions vigoureuses vis-à-vis les délinquants.

Les retours en disponibilité après le transport au centre hospitalier (CH) sont aussi identifiés comme étant quelquefois problématiques et des mesures correctrices s'imposent pour assurer un meilleur service à la population.

- ◆ Sur le **plan opérationnel**, de nouveaux horaires sont actuellement à l'essai et une analyse des impacts positifs et négatifs est en cours; des modifications subséquentes seront apportées si nécessaire.

Le rôle du CCSC dans la **gouvernance** et dans la **gestion quotidienne** du SPU régional devra être reprécisé auprès de certaines entreprises et de certains TAP. L'**imputabilité** de chacun des acteurs fera l'objet de considérations sérieuses de la part des responsables du programme d'amélioration continue de la qualité.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ Le **comité régional** de traumatologie, grâce à l'apport informatif de chacun des comités locaux, pourra déterminer et prioriser des actions régionales en vue de corriger les problèmes cliniques et opérationnels déjà soulignés.
- ◆ Au **CCSC**, la constitution de **banques de données** sur les coordonnées des interventions devrait permettre de détecter les lacunes opérationnelles et de corriger les dérogations qui nuisent à la qualité des services offerts à la population.
- ◆ Un **programme de formation continue** sera axé sur les lacunes cliniques et les contreperformances systémiques observées.
- ◆ Le **directeur médical régional des SPU** veillera à consolider les normes de qualité et le programme d'assurance de la qualité des activités préhospitalières d'urgence.

MAILLON 7 : Les services de stabilisation médicale des traumatisés majeurs

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

On appelle services de stabilisation médicale des traumatisés majeurs les établissements situés à plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie. Ils ont pour rôle d'**effectuer la réanimation médicale** des traumatisés en cas de détresse vitale et de les **acheminer rapidement** vers un centre de traumatologie désigné. Cette stabilisation médicale doit se faire en moins de 10 minutes et une **escorte** doit être fournie pour les traumatisés à risque de dégradation durant le transport.

Note : Un **traumatisé majeur** se caractérise par un indice services préhospitaliers d'urgence traumatique (IPT) égal ou supérieur à 4, ou par le fait d'avoir subi un impact à haute vitesse.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Il n'y a qu'un seul service de stabilisation dans la région, il s'agit du Centre hospitalier régional de Portneuf, à Saint-Raymond.

Cet établissement met une salle d'urgence du groupe 2, niveau B à la disposition des traumatisés majeurs pour des fins de stabilisation.

Le volume de traumatisés majeurs y est limité et la valeur ajoutée d'un arrêt du SPU à cet établissement a été remise en question lors de la dernière visite du groupe-conseil ministériel.

À la demande du MSSS, l'équipe de l'Évaluation du continuum de services en traumatologie (ECST) de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a procédé à la cueillette de données et à l'analyse des cas recommandés. Une décision sur l'avenir des services de stabilisation pour plusieurs établissements de la province dont le volume de clientèle et l'éloignement d'un centre de traumatologie demeurent à la marge comme le Centre hospitalier régional de Portneuf est à venir. Le MSSS prendra sa décision à la suite des recommandations de l'AETMIS. Avec l'amélioration de la prestation des TAP, les experts ministériels s'interrogent sur la nécessité d'un arrêt dans un service de stabilisation par les SPU.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

Nous voulons nous assurer du respect du protocole ministériel relatif à la désignation des centres de stabilisation médicale. À cet égard, une analyse de la situation s'impose en collaboration avec les acteurs concernés au Comité régional de traumatologie de la Capitale-Nationale compte tenu de la difficulté du respect du protocole des 10 minutes.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

L'Agence ainsi que le comité régional de traumatologie seront saisis, par le MSSS, des services et désignation des centres de traumatologie, en fonction des critères de qualité et de sécurité pour la prise en charge des traumatisés. Les consignes préhospitalières seront ajustées en conséquence.

MAILLON 8 : Les centres primaires de traumatologie

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les centres primaires de traumatologie sont des établissements situés à plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire, offrant minimalement des services de chirurgie générale et d'anesthésie 24 heures sur 24.

Ces centres doivent offrir des **soins critiques et aigus** aux traumatisés sans comorbidité menaçante; après stabilisation chirurgicale, les traumatisés nécessitant les services d'un centre secondaire ou tertiaire doivent être transférés sans délai.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Le territoire de la Capitale-Nationale comporte deux centres primaires désignés dans le réseau de traumatologie : un à l'Hôpital de La Malbaie et l'autre à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

Les deux centres ont une prestation conforme au cadre conceptuel du CST. Les volumes de clientèle traumatisée majeure y sont très faibles.

En outre, la distance entre l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et le centre tertiaire (HEJ) est à la marge des critères de désignation qui tiennent compte de la prestation clinique des TAP.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

Les instances régionales veulent se conformer aux directives ministérielles en regard du Réseau national de traumatologie et maintenir dans Charlevoix le niveau de prestation qui assure la population d'un accès optimal aux services en traumatologie.

Les membres du comité régional de traumatologie devront s'assurer de la perméabilité des corridors bidirectionnels de services entre les établissements de la région, tant en santé physique qu'en réadaptation.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

En réponse aux questionnaires acheminés par l'Agence, la direction de l'établissement faisait parvenir des données spécifiques concernant soit l'Hôpital de La Malbaie, soit l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. Dans les deux cas, le nombre de patients inscrits au registre de traumatologie pour l'année 2007-2008 démontrait un volume restreint de clientèle.

De plus, l'emplacement géographique des hôpitaux et la distance les séparant du centre tertiaire désigné devient un élément important compte tenu du faible volume de traumatisés majeurs et de son impact sur le maintien des équipes soignantes et sur leur expertise.

En ce sens, le fait que l'Hôpital de Baie-Saint-Paul se situe à moins d'une heure du centre tertiaire et que le personnel de laboratoire comme celui de la salle d'opération et d'imagerie médicale ne soit pas sur place 24 heures sur 24 induit une réflexion sur la valeur ajoutée de maintenir une désignation comme centre primaire pour cet établissement. Concernant l'Hôpital de La Malbaie, il est à noter que la distance le séparant du centre tertiaire est plus importante et représente 139 km comparativement à 90 km pour l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale organisera les services en traumatologie sur son territoire selon le modèle d'organisation proposé par les instances ministérielles responsables du Programme national de traumatologie. Pour le moment, bien que des facteurs géographiques et de faible masse critique aient été évoqués lors des travaux en vue de l'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale 2009-2012, l'Agence se conformera et appliquera les orientations ministérielles prises à cet égard. Le comité régional de traumatologie exercera donc ses mandats en assurant le suivi des données du Registre des traumatismes du Québec auprès des établissements concernés, s'assurera de la perméabilité bidirectionnelle des corridors de services et soutiendra les recommandations ministérielles concernant le réseau de traumatologie le cas échéant.

MAILLON 9 : Les centres secondaires de traumatologie

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les centres secondaires de traumatologie sont des établissements offrant des services de chirurgie générale, d'orthopédie, de soins intensifs polyvalents et de réadaptation précoce.

Certains de ces centres, responsables d'offrir des services spécialisés de neurochirurgie/neurotraumatologie, font partie d'un consortium régional d'établissements.

Leur responsabilité consiste à prodiguer aux traumatisés des soins qui ne font pas appel aux services relevant des centres tertiaires ou de centres d'expertise.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Il n'existe plus de centre de traumatologie secondaire dans la région.

MAILLON 10 : Les centres tertiaires de traumatologie

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les centres tertiaires de traumatologie sont des établissements offrant des **services spécialisés et ultraspécialisés** de traumatologie, de neurochirurgie/neurotraumatologie, de soins intensifs et de réadaptation précoce interdisciplinaire.

Ces établissements font partie de consortiums d'établissements en neurotraumatologie et agissent également comme centres d'expertise.

Les transferts vers les établissements de réadaptation doivent s'effectuer selon des corridors de services bien déterminés.

Actuellement, il existe trois centres tertiaires pour adultes (le Centre hospitalier Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA)) et deux centres tertiaires pour la clientèle pédiatrique (l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants).

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

L'HEJ du CHA est désigné comme le centre tertiaire de l'est du Québec.

Son niveau de prestation est conforme au cadre conceptuel du CST.

Les administrations de tous les établissements du territoire de desserte de l'HEJ ont signé, de part et d'autre, des ententes de corridors de services bidirectionnels.

De plus, l'HEJ est désigné centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'est du Québec et centre des grands brûlés pour l'est du Québec. L'HEJ gère aussi les composantes clinico-administratives du service aérien gouvernemental d'évacuation aérienne (EVAQ).

Avec l'**IRD PQ** et d'autres partenaires, l'HEJ constitue :

- le centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'est du Québec;
- le consortium en neurotraumatologie de l'est du Québec;
- le consortium d'établissements de la région de la Capitale-Nationale offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme;
- le consortium d'établissements offrant des services aux blessés médullaires de l'est du Québec.

(voir annexe 2)

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Maintenir le niveau de prestation du centre tertiaire et des centres d'expertise qui s'y rattachent.
- ◆ Faciliter à l'établissement le recrutement des ressources humaines nécessaires, tant sur le plan professionnel et clinique que dans le domaine de la recherche et de l'enseignement.
- ◆ Consolider le rayonnement interrégional et les consortiums qui se greffent aux centres d'expertise.
- ◆ Élaborer et consolider un plan régional pour les clientèles ayant subi un traumatisme craniocérébral léger.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ En appuyant le financement nécessaire au rôle de centre tertiaire et au rayonnement interrégional.
- ◆ En favorisant le recrutement des ressources humaines requises pour le maintien des équipes.
- ◆ En encourageant le développement de la recherche en traumatologie.
- ◆ En créant un centre régional pour la formation multidisciplinaire continue en traumatologie et en réadaptation.

MAILLON 11 : Les centres d'expertise pour les clientèles spécifiques

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les centres d'expertise pour les clientèles spécifiques sont des établissements offrant des **services experts** aux 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 constituant le centre d'expertise; ils doivent fournir, en plus des soins experts, de la **réadaptation précoce interdisciplinaire**.

Les établissements constituant le centre d'expertise partagent la responsabilité du transfert optimal du traumatisé vers les établissements de réadaptation.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

En liaison étroite entre l'HEJ du CHA et l'IRD PQ, et en collaboration avec les CSSS et les organismes communautaires concernés, le groupe-conseil ministériel en traumatologie (santé physique) et le groupe-conseil en réadaptation ont désigné des centres d'expertise :

- pour les victimes de brûlures graves de l'est du Québec;
- pour les blessés médullaires de l'est du Québec.

Des consortiums se sont ajoutés à ces désignations comme centre d'expertise :

- le consortium en neurotraumatologie de l'est du Québec pour les personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë et les victimes d'un traumatisme craniocérébral (Bas Saint-Laurent, Gaspésie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Capitale-Nationale);
- le consortium d'établissements de la région de la Capitale-Nationale offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

Les établissements de la région de la Capitale-Nationale qui assurent le leadership dans les centres d'expertise veulent continuer à développer de l'expertise et à consolider les consortiums existants, tout en assurant à la population de l'est du Québec l'accessibilité totale à des services de qualité que requiert leur état.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

Il est prévu de consolider les centres d'expertise et les consortiums d'établissements :

- en utilisant les structures de gouvernance existantes;
- en actualisant les plans d'engagement des centres d'expertise et des consortiums (voir annexe 3).

MAILLON 12 : Les établissements de réadaptation offrant des services à l'interne

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les établissements de réadaptation offrant des services à l'interne s'adressent à une **clientèle admise**, à l'échelle régionale ou suprarégionale : les établissements suprarégionaux sont, par l'intermédiaire du consortium dont ils font partie, responsables de certains **services surspécialisés** pour l'ensemble des régions qu'ils desservent.

Face à leur clientèle, ces établissements désignés ont pour mission de : développer les capacités résiduelles; compenser les incapacités motrices, cognitives et comportementales; développer et compenser, au besoin, les habitudes de vie.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Dans la région de la Capitale-Nationale, l'IRDPQ offre l'éventail des services internes de réadaptation pour la clientèle traumatisée, pédiatrique, adulte et aînée.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Optimiser l'accès aux services de réadaptation spécialisés et surspécialisés à l'IRDPQ.
- ◆ Assurer des services de réadaptation répondant aux standards d'intensité requis.
- ◆ Optimiser les zones de complémentarité avec les partenaires en amont (CH) et en aval (les CSSS et associations de la région 03, les centres de réadaptation, et les CSSS des autres régions de l'Est).

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ En garantissant un délai d'accès zéro, concrétisé par un délai maximal de 72 heures de prise en charge aux services de réadaptation en interne à l'IRDPQ.
- ◆ En garantissant, dès l'admission, une offre de service conforme aux standards cliniques établis par programme (heures par prestation de services – discipline – intensité – durée).
- ◆ En adoptant des protocoles d'entente CH-IRDPQ relativement à l'orientation en réadaptation.
- ◆ En poursuivant les engagements au regard du projet « accès-continuité » entre l'IRDPQ, les CH régionaux et l'Agence, et au regard du plan d'accès du MSSS.

- ◆ En nous impliquant dans des projets de formation et de recherche multidisciplinaires avec les partenaires régionaux en traumatologie, soins et réadaptation.

MAILLON 13 : Les établissements de réadaptation offrant des services à l'externe

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Il existe aussi des établissements régionaux désignés offrant des services de réadaptation pour une **clientèle inscrite** : ils desservent une clientèle neurotraumatisée dans le cadre d'un consortium d'établissements.

La mission particulière de ces établissements est de soutenir le traumatisé dans la **reprise d'une participation sociale optimale**.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

L'IRDPQ offre l'éventail des services externes de réadaptation pour la clientèle traumatisée inscrite, adulte et pédiatrique.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Optimiser l'accès aux services de réadaptation spécialisés et surspécialisés à l'IRDPQ.
- ◆ Assurer des services de réadaptation répondant aux standards d'intensité requis.
- ◆ Optimiser les zones de complémentarité avec les partenaires en amont (CH) et en aval (CSSS).

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ En garantissant l'accès dans un délai « cliniquement acceptable » aux services de réadaptation en externe à l'IRDPQ.
- ◆ En garantissant, dès l'inscription, une offre de service conforme aux standards cliniques établis par programme (heures par prestation de services – disciplines – intensité – durée).
- ◆ En adoptant des protocoles d'entente IRDPQ-CSSS relativement à l'intégration et au maintien des usagers dans leur milieu de vie.

MAILLON 14 : Les services de maintien dans le milieu de vie

CADRE CONCEPTUEL SELON LE CST

Les personnes admises dans des établissements ou des organismes offrant des services de maintien dans un **milieu de vie optimal** présentent habituellement des incapacités permanentes nécessitant un soutien.

L'objectif à moyen et à long terme est donc de pallier quelques-unes des incapacités de ces individus afin de leur permettre d'atteindre **une certaine qualité de vie** et une **participation sociale optimale**.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE ?

Les services de maintien des traumatisés dans le milieu de vie sont confiés aux CSSS de la région. Les organismes communautaires apportent un soutien à l'intégration sociale des personnes victimes de traumatisme. L'Association des TCC des deux rives a exercé un leadership important dans la mise en œuvre de services de soutien à l'intégration sociale des personnes victimes d'un TCC.

OÙ VOULONS-NOUS ALLER ?

- ◆ Consolider l'offre de service actuelle des CSSS auprès des personnes victimes de traumatisme.
- ◆ Veiller au maintien de l'offre de services de l'Association des TCC des deux rives.
- ◆ Développer une gamme de services résidentiels substitués, notamment pour le TCC. Consolider les services de répit-dépannage à l'intention des proches victimes d'un traumatisme.

COMMENT ALLONS-NOUS PROCÉDER ?

- ◆ En nous inscrivant dans les travaux du projet clinique en déficience physique, actuellement en cours.
- ◆ En utilisant les structures de gouvernance existantes (TCC, blessés médullaires et grands brûlés), auxquelles appartiennent les CSSS et les organismes communautaires concernés (voir annexe 4).

ANNEXES

Annexe 1

Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes

(extrait de la mise à jour du Plan d'action régional 2008-2012)

PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

PORTRAIT DE LA SITUATION

Ce domaine d'intervention comporte l'ensemble des activités visant à maintenir et à améliorer la sécurité de la population. Par sécurité, on entend un « *état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté*¹ ». La sécurité est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser leurs aspirations. Elle est considérée comme un droit fondamental de l'être humain au même titre que la santé.

Deux dimensions doivent être considérées lorsqu'on veut améliorer la sécurité de la population : la dimension subjective qui se rapporte au degré de sécurité ressentie par la population, et la dimension objective qui renvoie à des paramètres observables sur la victimisation, les caractéristiques de l'environnement et les comportements de la population. Tout comme la santé, qui est plus que l'absence de maladie, la sécurité est plus que l'absence de blessures. Elle doit conférer un état de bien-être. Cet état nécessite, de façon minimale, la réunion des quatre conditions suivantes :

- Un climat de cohésion et de paix sociales ainsi que d'équité, qui protège les droits et libertés sur les plans familial, local, national et international;
- La prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents;
- Le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes;
- L'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réadaptation pour assurer les trois premières conditions.

Pour assurer ces conditions, deux approches doivent être menées en complémentarité, soient l'approche par milieu de vie et l'approche par problème. Dans l'approche par milieu de vie, le plan d'intervention tend à agir sur une diversité de problèmes de sécurité subis dans un milieu de vie particulier, tel qu'une ville, un quartier ou une école. Ce plan fait suite à l'établissement d'un diagnostic de sécurité qui permet non seulement d'établir les priorités d'action, mais également de mieux comprendre les interrelations entre les problèmes, leurs causes et les pistes de solution. Dans l'approche par problème, le plan d'intervention aura pour cible une problématique particulière qu'on tentera de prévenir en agissant sur ses causes.

La présente section reflète cette différence dans les approches. En effet, les actions proposées visent d'une part à soutenir les divers milieux d'intervention dans leurs efforts pour améliorer la sécurité de la population et, d'autre part, à prévenir des problèmes particuliers qui se manifestent dans chacun de ces milieux.

Les traumatismes non intentionnels (TNI) sont des blessures (ex. : fractures, brûlures, lésions internes) qui résultent d'un événement involontaire, par exemple, une chute, une collision impliquant un véhicule motorisé, une intoxication médicamenteuse, un incendie ou une noyade. Dans la région de la Capitale-Nationale, ce type de traumatismes occasionne, en moyenne, à chaque année, 154 décès et 4 511 hospitalisations dans les établissements de courte durée², ce qui représente une cause importante de décès prématurés et d'hospitalisations. Au cours des dernières années, le taux de mortalité par TNI a diminué de

façon significative mais le taux d'hospitalisation est demeuré plutôt stable. Les hommes sont plus à risque de décès et d'hospitalisation par TNI que les femmes. Le taux régional de décès par TNI est inférieur au taux provincial, mais le taux d'hospitalisation est à peu près équivalent.

Dans la région, environ 30 % des décès par TNI sont associés à une collision impliquant un véhicule motorisé. Le taux régional de décès associé à ce type de collision est inférieur au taux provincial. Fait à noter, les résidents de Portneuf et de Charlevoix présentent un taux de décès plus élevé que ceux de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord. Quant aux hospitalisations par TNI, environ la moitié d'entre elles sont attribuables à une chute accidentelle. En fait, les chutes constituent la première cause d'hospitalisations par TNI, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les personnes âgées sont toutefois le groupe le plus à risque, en particulier celles âgées de 75 ans et plus³. Fait à noter, le taux d'hospitalisation par chute accidentelle est plus élevé dans la région qu'au niveau provincial. Et, dans la région, c'est sur le territoire de Charlevoix que le taux d'hospitalisation par chute est le plus élevé.

Des mesures de prévention reconnues efficaces sont disponibles pour toutes les catégories de TNI mais, dans la plupart des cas, ces mesures sont sous-utilisées. Par exemple, plusieurs mesures ont été proposées récemment par la Table québécoise sur la sécurité routière* afin de réduire le nombre de traumatismes routiers. Ces mesures portent notamment sur la vitesse (ex. : aménagement visant à apaiser la circulation, sanctions plus sévères, radar photographique), la conduite avec les facultés affaiblies (ex. : augmenter la perception du risque d'être intercepté), l'environnement routier (ex. : carrefours giratoires, accotements et abords de route) et l'usage d'un dispositif de retenue (ex. : ceinture de sécurité). Les mesures disponibles pour prévenir les blessures attribuables à une chute varient selon les groupes d'âge. Par exemple, pour les personnes âgées vivant à domicile, il est recommandé d'agir sur les principaux facteurs de risque de chute selon une approche individualisée (ex. : facteurs liés à l'individu et à son environnement domiciliaire). Pour les enfants, plusieurs mesures sont disponibles dont l'installation d'une barrière en haut et en bas des escaliers, le bannissement des marchettes mobiles et l'utilisation d'appareils de jeux sécuritaires. Pour les autres catégories de blessures, mentionnons, à titre d'exemple, l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles (noyades), l'utilisation de bouchons protège-enfant (intoxications médicamenteuses) et l'installation de détecteurs de fumée (asphyxie).

Au cours des dernières années, la plupart des activités réalisées dans le cadre du PAR 2004-2007 visaient à prévenir les traumatismes routiers, les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et les blessures chez les enfants.

➤ ***La prévention des traumatismes routiers***

Les activités réalisées pour prévenir ce type de traumatismes visent principalement à rendre le réseau routier plus sécuritaire en favorisant la mise en œuvre de mesures reconnues efficaces en regard de l'aménagement et de la signalisation. Ces activités ont surtout consisté à participer au processus d'évaluation environnementale des grands projets routiers (projets déposés par le MTQ et projets étudiés par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE)) et des schémas d'aménagement des Municipalités régionales de comté (MRC). Au cours des prochaines années, il est prévu de poursuivre ce type d'activités. Il est également prévu de participer aux travaux de la Table sur la sécurité

* TQSR (2007). Pour améliorer le bilan routier. Premier rapport de recommandations de la Table québécoise sur la sécurité routière. 50 pages.

routière qui a été mise en place récemment par le MTQ, dans le territoire de Portneuf ainsi qu'à ceux des autres Tables qui pourraient être constituées ultérieurement dans les autres territoires.

➤ **La prévention des chutes chez les personnes âgées**

Dans la région, un programme de prévention des chutes a été développé pour les personnes âgées vivant à domicile (programme *MARCHE*). Ce programme est présentement en cours d'implantation. Il vise à réaliser des interventions démontrées efficaces dans le cadre d'un *continuum de services auprès des personnes âgées* à risque de chute. Ces interventions sont : le dépistage, l'évaluation et l'intervention sur les facteurs de risque de chute auprès des personnes inscrites aux programmes *Soutien à domicile* (SAD) des CSSS, le dépistage et l'intervention sur les facteurs de risque par les médecins traitants auprès de leur clientèle, ainsi que des programmes d'exercices de groupe visant à améliorer la force musculaire et l'équilibre (programmes *ÉquiLIBRE* et *PIED*) des aînés de la communauté. Jusqu'à maintenant, l'accessibilité aux différents volets du continuum est variable selon les territoires et les clientèles. Entre autres, le programme *ÉquiLIBRE* rejoint presque uniquement les clientèles inscrites aux centres de jour des CSSS, soit une infime partie des personnes âgées à risque de chute qui pourraient en bénéficier. Au cours des prochaines années, il est prévu de poursuivre l'implantation de ce continuum de service de façon à le rendre accessible aux personnes âgées de la région qui pourraient en bénéficier.

➤ **La prévention des blessures chez les enfants**

Les activités réalisées à ce jour au regard des enfants visent principalement à rendre plus sécuritaire : 1) le domicile des enfants d'âge préscolaire, 2) les cours d'école, au primaire et 3) les trajets scolaires empruntés par les enfants du primaire qui se rendent à l'école, à pied ou à vélo.

- *Domicile des enfants d'âge préscolaire* : Jusqu'à présent, une priorité est accordée aux familles desservies dans le cadre du programme SIPPE. Ces familles sont visitées par une infirmière des CSSS, quelques semaines après l'accouchement. À cette occasion, les parents reçoivent de l'information sur la prévention des blessures à domicile pour leur(s) enfant(s) ainsi qu'une Trousse de sécurité contenant du matériel visant à rendre le domicile plus sécuritaire. Au cours des prochaines années, il est prévu de maintenir ce type d'activités auprès de cette clientèle. Par ailleurs, il est également prévu d'intervenir afin de prévenir les noyades chez les jeunes enfants en favorisant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles.
- *Cours d'école, au primaire* : Pour l'instant, une priorité est accordée à la prévention des blessures associées à l'usage des appareils de jeux, en favorisant le respect des normes de sécurité relatives à la conception et à l'entretien de ce type d'appareils. Une enquête menée récemment par la DRSP a permis de mieux connaître les besoins du milieu scolaire, en cette matière. La prochaine étape consistera à déterminer ce qui pourrait être fait par le milieu scolaire ainsi que par les partenaires régionaux concernés pour répondre à ces besoins. L'objectif sera de bâtir une offre de service qui tient compte du contexte régional et d'en favoriser l'implantation. Ces activités seront réalisées principalement en participant aux travaux du comité sur l'aménagement et l'animation des aires de jeux scolaires, municipales, communautaire et des Centres de la petite enfance. Ce comité est animé par l'équipe HV/MC de la DRSP et il relève de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé. Son mandat consiste à développer et à mettre en œuvre un plan d'action pour améliorer l'animation et l'aménagement des aires de jeux, dans le but de favoriser la pratique sécuritaire d'activités physiques.

- *Trajet scolaire* : La marche et le vélo font partie des modes de transport utilisés par les jeunes du primaire pour se déplacer entre la maison et l'école. Ces modes de déplacements contribuent à rendre les jeunes physiquement actifs, ce qui est une bonne chose, en raison des bienfaits sur la santé liés à la pratique d'activité physique. Mais pour profiter pleinement de ces bienfaits, il importe de réduire le risque de blessures chez les enfants, le long des trajets empruntés, en tant que piétons ou cyclistes. Dans la région, cette problématique est prise en compte par le comité « Déplacements actifs et sécuritaires ». Ce comité relève de la Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé et il est animé par l'équipe HV/MC de la DRSP. Les membres de ce comité proviennent de plusieurs secteurs d'activités dont le MELS, le MTQ et l'organisme Accès transports viables. Leur mandat consiste à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action pour favoriser les déplacements actifs et sécuritaires, dans la région. Les jeunes du primaire représentent l'une des clientèles cibles de ce comité.

Au cours des prochaines années, un nouveau volet sera développé au regard des enfants qui circulent dans un véhicule motorisé. Il aura pour objectif de promouvoir l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants. Au Québec, seulement un enfant sur deux est retenu de façon sécuritaire en circulant dans un véhicule motorisé. La très grande majorité des enfants sont installés dans un siège approprié mais une fois sur deux, le siège ou l'enfant est mal installé. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle perdure depuis plusieurs années⁴.

DÉFIS LIÉS À L'IMPLANTATION DE L'OFFRE DE SERVICE

Ce domaine interpelle souvent d'autres secteurs que celui de la santé : loisir, transports, sécurité publique, justice, habitation, municipalités, etc. et le secteur de la santé détient rarement la responsabilité d'appliquer les mesures de prévention reconnues efficaces. Pour cette raison, les intervenants du secteur de la santé œuvrant dans ce domaine, n'ont d'autre choix que de tenter d'influencer les personnes qui détiennent ce pouvoir (ex. : politiciens, chefs d'entreprise) du bien-fondé d'appliquer ces mesures. Plus spécifiquement, ce rôle consiste à informer les personnes concernées de l'impact sanitaire des TNI et à favoriser la mise en place des mesures de prévention les plus appropriées, ce qui nécessite la concertation des partenaires concernés.

Dans la région, au cours des prochaines années, la contribution du secteur de la santé dans ce domaine d'intervention se fera principalement par : 1) l'analyse rigoureuse des données disponibles au regard des principales catégories de TNI (ampleur, causes, conséquences, mesures de prévention, etc.), 2) la participation à des comités de travail intersectoriels et, 3) la formulation de recommandations lors d'enquêtes publiques dont celles menées par le BAPE ou le MTQ.

FINALITÉ

Promouvoir des environnements et des comportements sécuritaires et non violents de même que prévenir les traumatismes non intentionnels, la violence et le suicide*, et ce, dans les différents milieux de vie.

CIBLES

D'ici 2012 :

1. Réduire la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.
2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
3. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

ACTIVITÉS

Activités à réaliser	Contributions attendues des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels
1. Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate des dispositifs de retenue pour enfants dans les véhicules motorisés	ASSS/DRSP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dresser le portrait des activités réalisées par les différents partenaires pour promouvoir l'utilisation des sièges d'auto pour enfants; identifier et mobiliser des partenaires potentiels pour l'implantation du continuum d'activités
2. Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés	ASSS/DRSP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participer au processus d'évaluation environnementale des grands projets liés au réseau routier; participer au processus d'évaluation des schémas d'aménagement des MRC; participer aux travaux de comité sur la prévention des traumatismes; participer aux travaux du comité <i>Déplacements actifs et sécuritaires</i> CSSS, Accès transports viables, Ville de l'Ancienne-Lorette, MTQ, MELS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan d'action du comité <i>Déplacements actifs et sécuritaires</i> (ex. : projet <i>Mon école à pied, à vélo</i>) MRC, MTQ, municipalités : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre en compte les recommandations formulées par la DRSP quant au processus d'évaluation environnementale des grands projets liés au réseau routier et d'évaluation des schémas d'aménagement

* Afin de respecter la structure du PNSP, les problématiques du suicide, de la violence conjugale et de la violence envers les aînés ont été traitées dans la section DAIS.

Activités à réaliser	Contributions attendues des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels
<p>3. Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre à jour le contenu de la Trousse de sécurité et approvisionner les CSSS; évaluer l'utilisation et l'utilité de la Trousse par les CSSS <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire de l'enseignement et de la sensibilisation auprès des familles au moyen de la Trousse de sécurité
<p>4. Implantation de programmes en prévention des chutes</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutenir et évaluer le Programme <i>MARCHE</i>, dont le volet « utilisation optimale des médicaments »; sensibiliser la population âgée au risque de chute et aux services offerts; élaborer, soutenir la mise en place et évaluer un projet-pilote en GMF; soutenir les interventions auprès des clientèles en CHSLD; faire des représentations auprès des partenaires (ex. : municipalités, résidences privées) et des milieux de formation (ex. : médecine, réadaptation, sciences infirmières) <p>CSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider la mise en place du programme <i>MARCHE</i>; mettre en place ou consolider des interventions auprès des clientèles SAD, CDJ et Hébergement <p>Milieux cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre l'intégration des pratiques préventives; participer au projet-pilote de prévention des chutes dans leur milieu (GMF) <p>Municipalités et OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre le programme <i>PIED</i>; favoriser l'accessibilité au programme pour la clientèle
<p>5. Adoption et application d'une réglementation uniforme par les municipalités concernant l'installation d'une clôture sécuritaire autour des piscines résidentielles*</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutenir les municipalités pour favoriser l'application de la réglementation <p>Municipalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adopter et faire appliquer la réglementation proposée par le MAMROT
<p>6. Promotion de l'application de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux dans les cours</p>	<p>ASSS/DRSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Participer aux travaux du comité intersectoriel sur l'aménagement et l'animation des aires de jeux scolaires, municipales, communautaires et des CPE

* Le MAMROT est sur le point de proposer une réglementation uniforme concernant ce type d'installation, à l'intention des municipalités, ce qui n'existe pas présentement.

Activités à réaliser	Contributions attendues des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels
d'école, au primaire	Écoles, Ville de Québec et municipalités, Commissions scolaires, Québec en forme, URLS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'offre de service élaborée par le comité intersectoriel CSSS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire la promotion de l'offre de service concernant l'aménagement et l'animation des cours d'école, au primaire

Activités à développer

- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle dans les sports de glisse (ski et planche à neige), en particulier l'aménagement des parcs à neige et le port du casque protecteur.
- Promotion, auprès des partenaires des différents milieux de vie tels les écoles, les municipalités, etc., de l'application d'une démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation, le cas échéant, en lien avec d'autres initiatives de mobilisation ou de développement des communautés (ex. : approche territoriale intégrée (ATI), ville amie des aînés).
- Promotion de l'utilisation optimale des médicaments chez les personnes âgées, particulièrement celles à risque de chute.
- Déploiement régional des interventions visant une utilisation optimale des médicaments chez les personnes âgées, particulièrement celles à risque de chute.
- Prévention des fractures chez les personnes âgées à risque par l'appréciation du risque fracturaire par les cliniciens (dans le cadre du programme *MARCHE*).

Annexe 2

État de situation 2006-2007
présenté par
D^r Pierre Fréchette

directeur adjoint des services professionnels et
responsable des Programmes de traumatologie
et des grands brûlés du
CHA - Hôpital de l'Enfant-Jésus

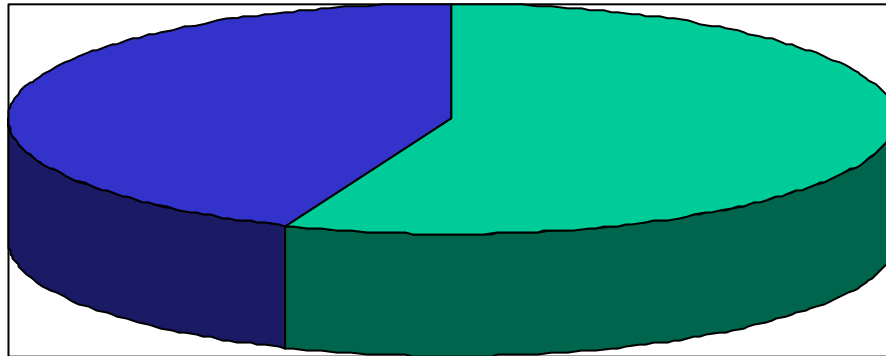
Traumatologie dans la Capitale-Nationale

État de situation 2006-2007

Pierre Fréchette, M.D.

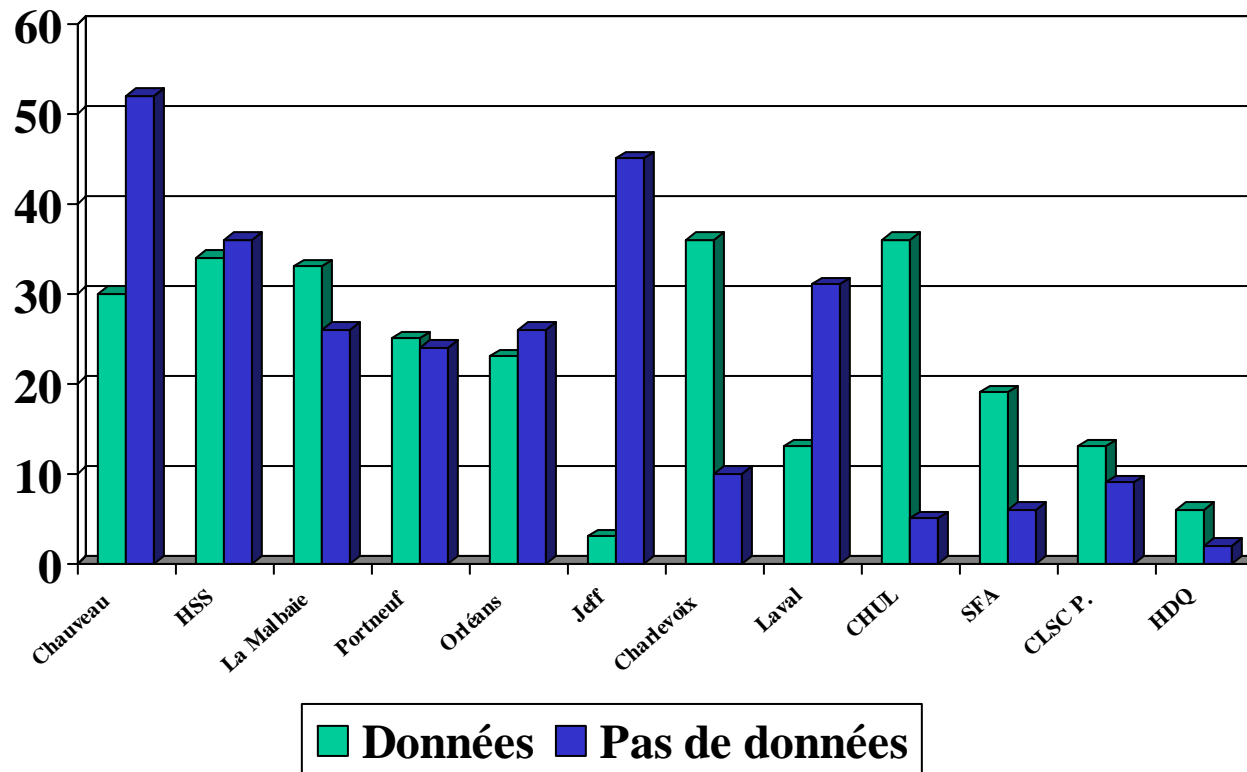
Activité globale au centre tertiaire de l'HEJ-CHA

**Transferts
de la région
44 %**

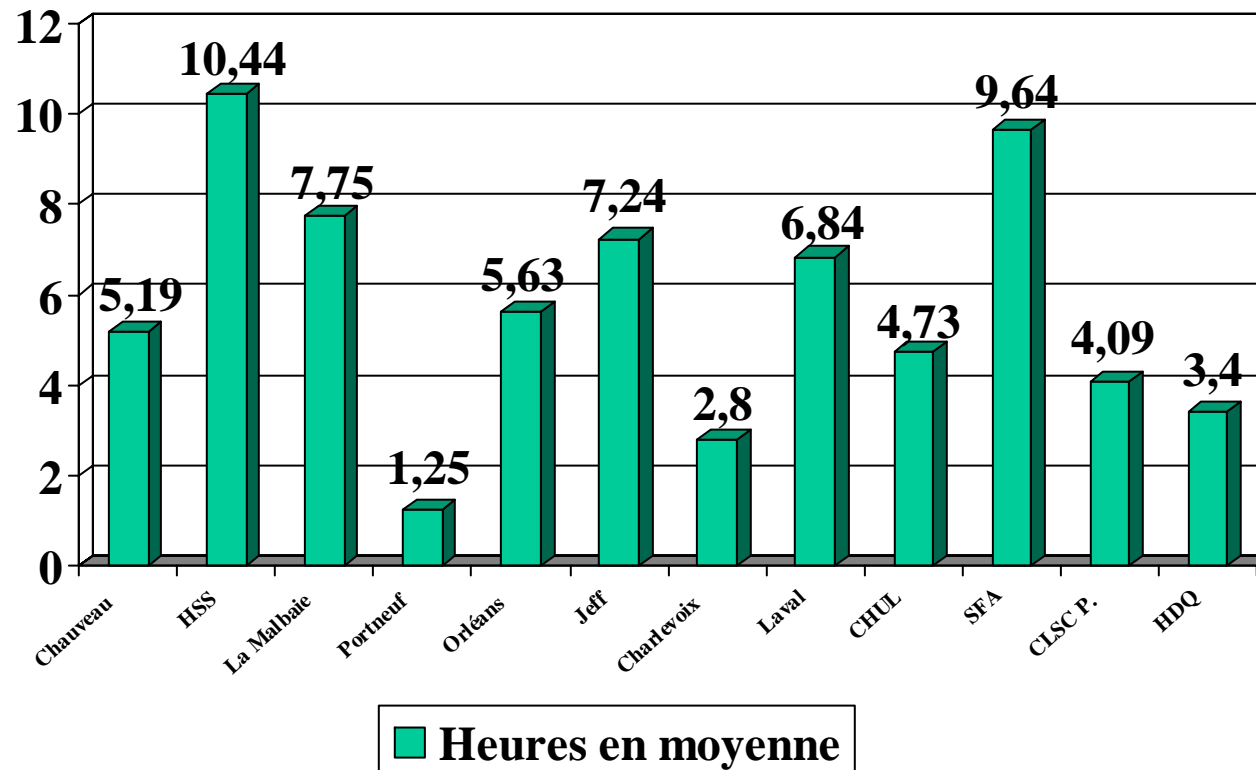


**Admis
directement
56 %**

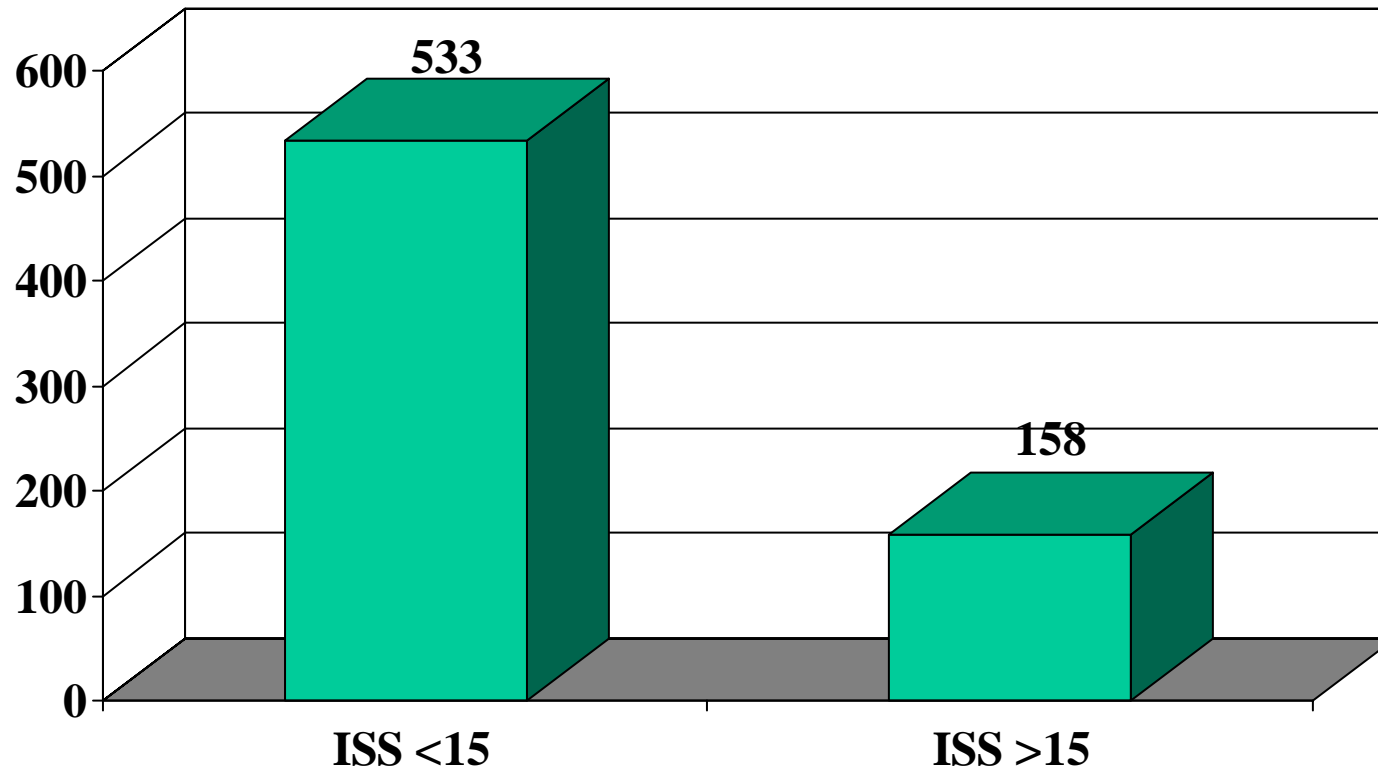
Disponibilité des données de temps pour calculer les délais à l'urgence selon le CH référant



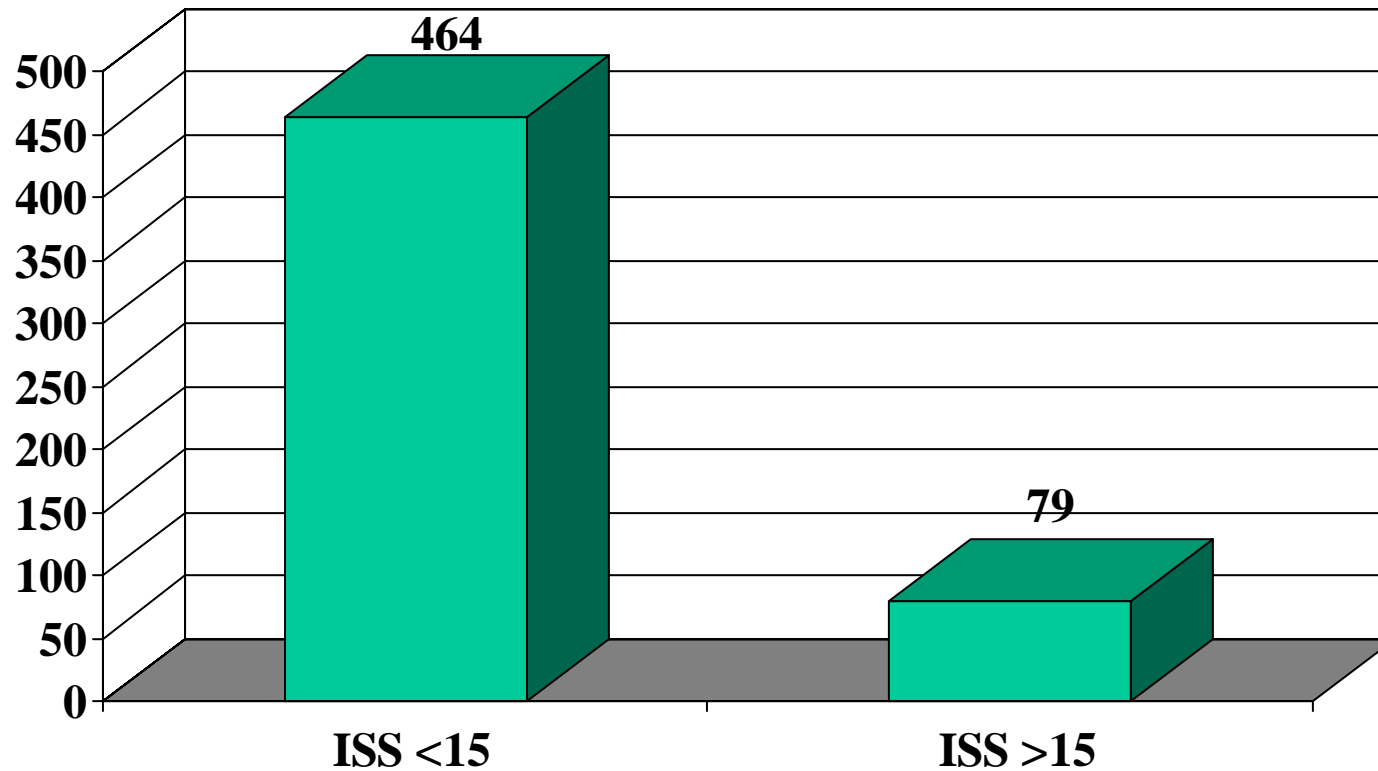
Délais à l'urgence selon le CH référant et d'après les données disponibles



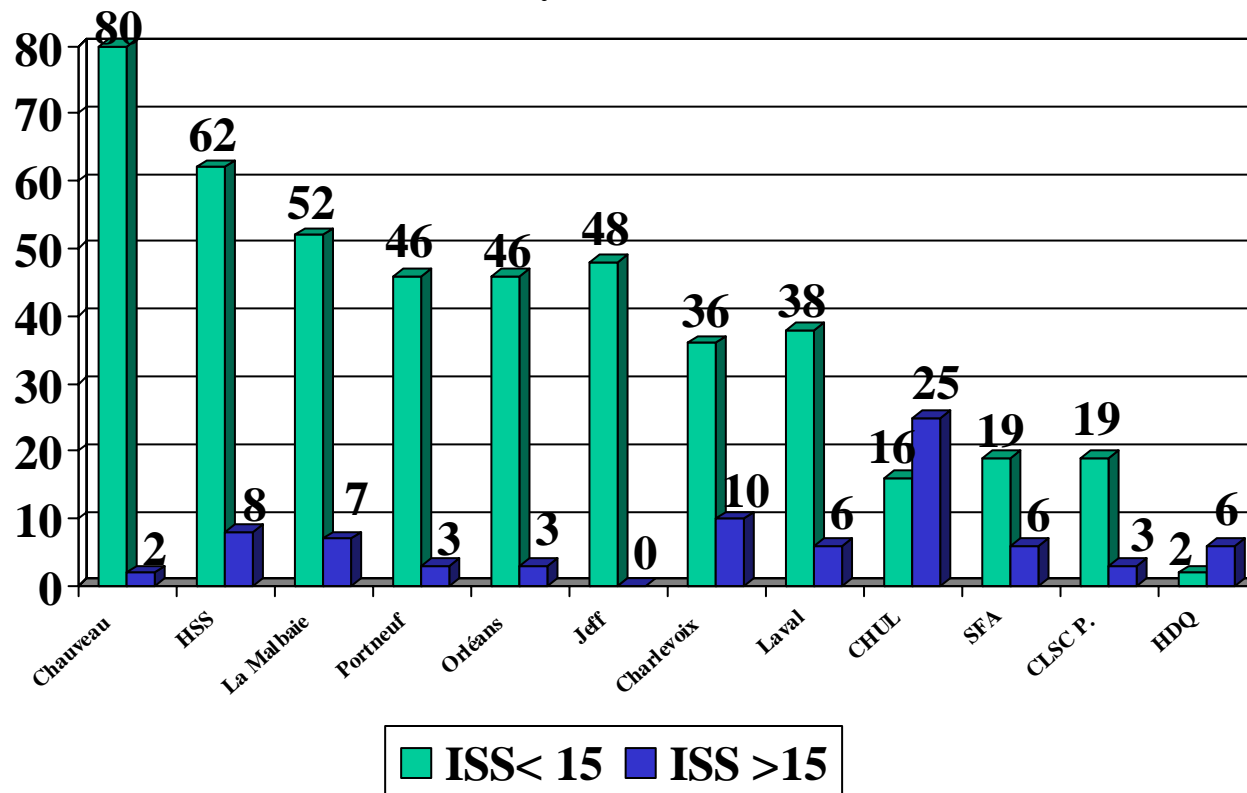
ISS des cas admis directement



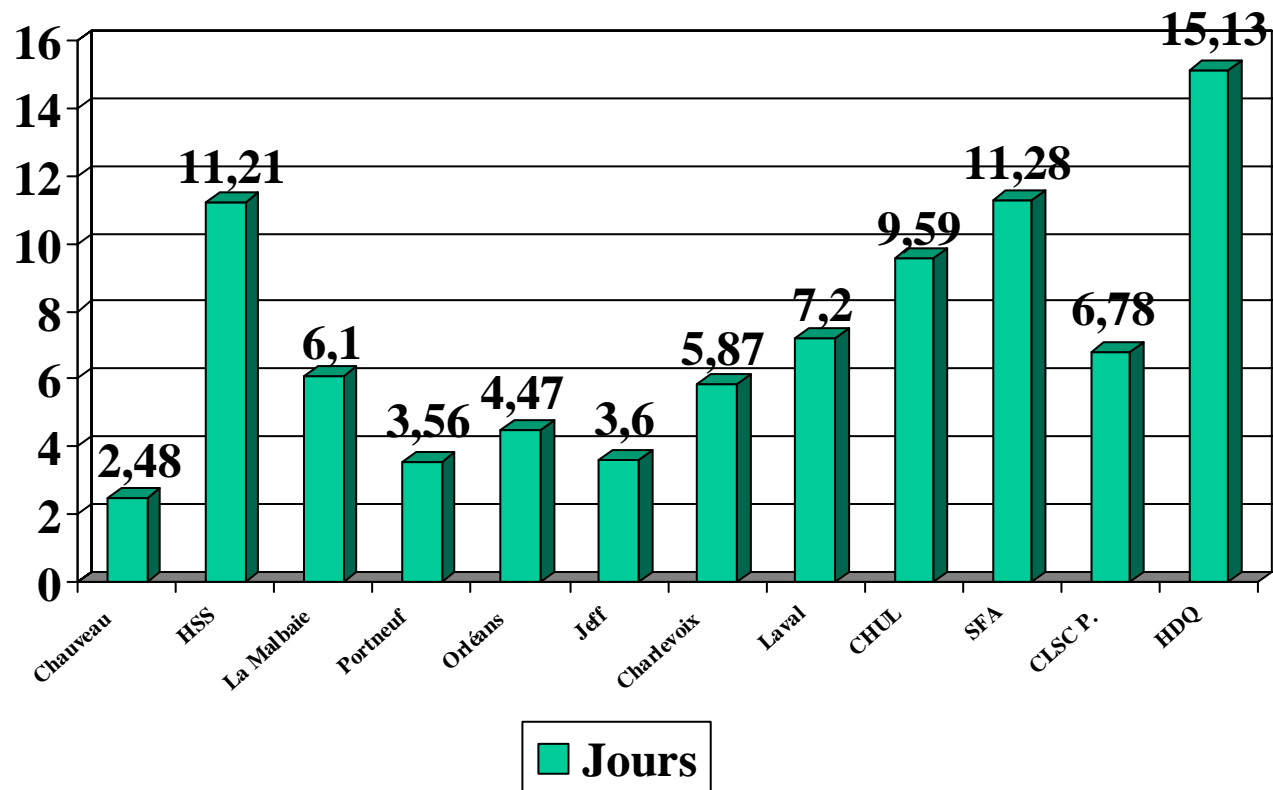
ISS des cas transférés de la région



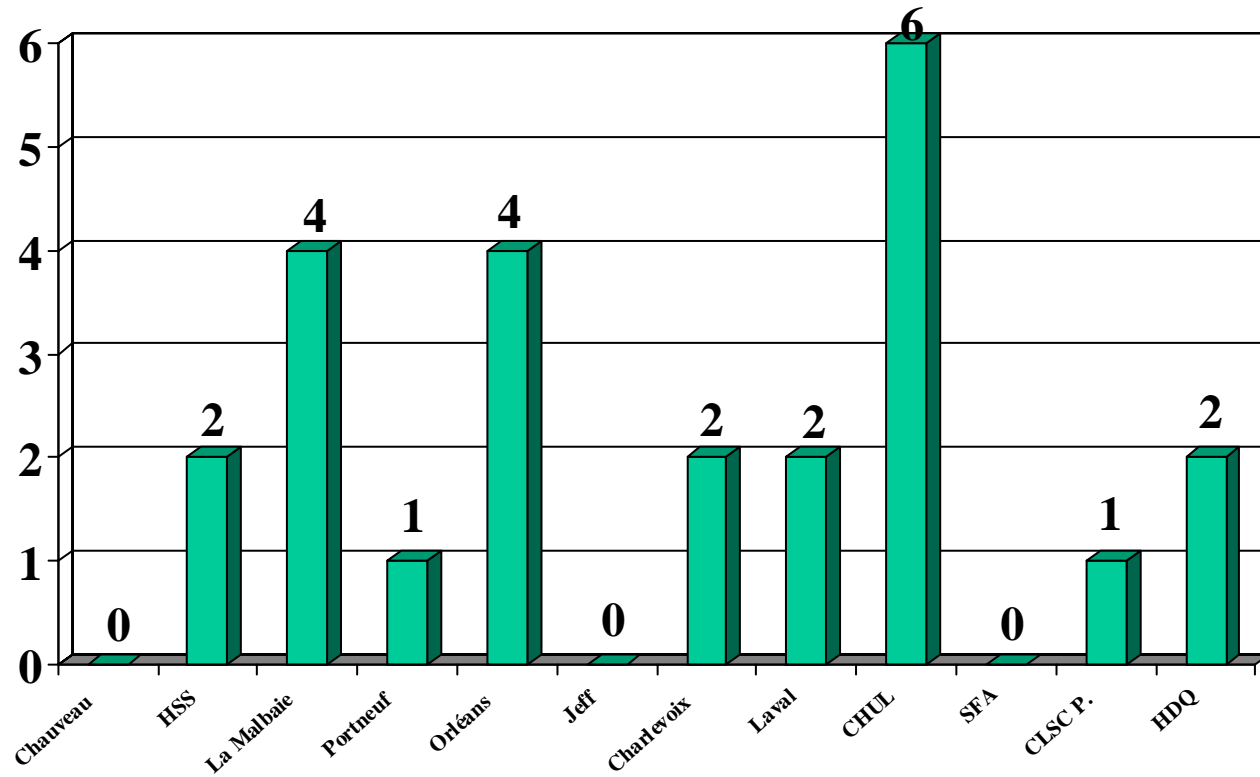
ISS des cas transférés selon le CH référant



Séjours moyens à l'HEJ-CHA selon le CH référant



Nombre de décès selon le CH référant



Commentaires généraux

- Les données de 2007-2008 ne sont pas disponibles (retards des archives):
 - Passage de la CIM-9 à la CIM-10
 - Échec du logiciel de 3M pour Med-Écho
- Les SPU transportent certains blessés graves ailleurs qu'au centre de traumatologie en zone urbaine (ISS>15, surtout au CHUL pour la clientèle pédiatrique)
- Les délais dans les urgences pourraient être réduits (sauf CH Portneuf)
- Certains cas d'orthopédie avec ISS<15 pourraient être dirigés ailleurs que dans le centre tertiaire

Annexe 3

Les centres d'expertise pour les clientèles spécifiques

Complément au maillon 11

1. Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec (CHA-IRDPQ)

Désigné en 1997, le Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'est du Québec, constitué de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et de l'IRDPQ, a fait l'objet d'une visite d'évaluation du groupe-conseil en traumatologie du MSSS, le 13 novembre 2001.

Cette désignation a été immédiatement suivie de la création d'un Comité directeur conjoint blessés médullaires (BM) destiné à assurer, au volet intrarégional, la gouvernance du Centre et la concertation des partenaires concernés par l'offre de services, dans la région de la Capitale-Nationale, aux personnes ayant une lésion médullaire aiguë. Le Comité est composé des organisations suivantes : CHA, IRDPQ, CSSS, Association des paraplégiques du Québec, ainsi que de l'Agence.

Pour le volet interrégional, les établissements du centre d'expertise (CHA, IRDPQ) sont signataires des protocoles d'entente en neurotraumatologie à l'intention des personnes victimes d'un TCC et de celles ayant subi une lésion médullaire aiguë. Ces protocoles instaurent des consortiums interrégionaux qui balisent les liens entre le centre d'expertise et ses partenaires de l'est du Québec. Au nombre de cinq, les consortiums sont composés comme suit :

- ❑ *Québec/Bas-Saint-Laurent : IRDPQ — CRDP l'InterAction – CSSS de la Mitis*
- ❑ *Québec/Côte-Nord : IRDPQ — Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord – l'Émergent*
- ❑ *Québec/Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine : IRDPQ — Centre de réadaptation de la Gaspésie*
- ❑ *Québec/Chaudière-Appalaches : IRDPQ-CRDP Chaudière-Appalaches*
- ❑ *Québec/Saguenay–Lac-Saint-Jean : IRDPQ — CRDP-CSSS de Jonquière*

De 2001 à 2008, à la demande du MSSS, le Comité directeur conjoint BM a travaillé à sa propre consolidation, à l'actualisation des recommandations du groupe-conseil, à l'application de son plan d'action concernant la prise en charge progressive des personnes ayant subi une lésion médullaire d'origine non traumatique. À titre de signataire des protocoles d'entente qui sont à l'origine des consortiums interrégionaux, le comité directeur a également travaillé à l'actualisation du plan d'implantation de ces consortiums. Le comité directeur a donc cette particularité d'être à la fois le lieu de discussion des enjeux de portée intra et interrégionale.

Le centre d'expertise se trouve, quant à lui, à la jonction de plusieurs instances ou processus exerçant une influence sur la nature et la priorité de ses activités de consolidation. Ainsi, la consolidation du consortium est tributaire du Plan d'amélioration BM du CHA et de l'IRDPQ, ainsi que du Plan d'engagement 2007-2011 des consortiums interrégionaux de l'est du Québec (voir la section suivante). La consolidation du consortium devra également tenir compte des travaux et des résultats du Projet clinique en déficience physique de la Capitale-Nationale, de la démarche régionale de désengorgement dans les urgences des centres hospitaliers, ainsi que des interfaces à mettre en œuvre avec le comité régional de traumatologie.

Dans ce contexte, le Comité directeur conjoint BM doit relever deux défis : assurer l'intégration de l'ensemble des éléments externes en lien avec les usagers ayant subi une lésion médullaire aiguë, tant sur le plan régional qu'interrégional, et planifier annuellement ses activités dans un environnement susceptible d'introduire des idées nouvelles.

Pour les prochaines années, le Comité directeur conjoint BM s'est donné, en plus de ses activités courantes, sept objectifs généraux.

Objectif 1 :	Poursuivre la consolidation de l'offre de service du centre d'expertise, tant sur le plan régional qu'interrégional
Objectif 2 :	Élaborer, adopter et implanter, dans toutes les régions de l'est du Québec, un modèle de suivi à long terme pour les personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë
Objectif 3 :	Poursuivre la consolidation de la gamme de services offerts par les CSSS dans le but de soutenir l'intégration sociale des personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë
Objectif 4 :	Définir, adopter et implanter, au CHA et à l'IRD PQ, un suivi systématique adapté aux personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë
Objectif 5 :	Poursuivre le développement de l'expertise clinique et organisationnelle des intervenants et des gestionnaires œuvrant auprès des personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë
Objectif 6 :	Consolider l'offre de formation pour les intervenants œuvrant auprès des personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë
Objectif 7 :	Créer les conditions favorables au développement de projets de recherche et d'évaluation, tant clinique qu'organisationnelle, concernant les personnes ayant subi une lésion médullaire aiguë

2. Consortium d'établissements de la Capitale-Nationale offrant des services aux personnes victimes d'un TCC modéré ou grave (CHA-IRDPQ)

À la suite de la visite du groupe-conseil en traumatologie, les 30 et 31 janvier 2003, le CHA, l'IRDPQ ainsi que les représentants des CSSS et des usagers ont travaillé, de 2003 à 2006, à l'implantation du Consortium de la Capitale-Nationale offrant des services aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave.

De 2003 à 2006, le Comité directeur conjoint pour les Traumatisés cardiocérébraux (TCC), instance de coordination du Consortium, a travaillé à l'actualisation de son plan d'implantation intrarégional. Le comité est composé des organisations suivantes : CHA, IRDPQ, CSSS et l'Association des TCC des deux rives. À titre de signataire (CHA, IRDPQ) des protocoles d'entente des consortiums interrégionaux, le comité directeur a travaillé également à l'actualisation du plan d'implantation des consortiums interrégionaux. Le comité directeur a donc cette particularité d'être à la fois le lieu de discussion des enjeux de portée intra et interrégionale.

Les 8 et 9 février 2007, le Consortium a fait l'objet d'une visite d'évaluation du groupe-conseil en traumatologie. À la suite de cette visite, les consortiums ont déposé au MSSS, en avril 2008, leur Plan d'engagement 2007-2010. De 2007 à 2010, le Consortium pour les TCC sera en mode de consolidation et visera sept objectifs :

Objectif 1 :	Actualiser les recommandations du groupe-conseil en traumatologie formulées lors de la visite des 7, 8 et 9 février 2007
Objectif 2 :	Poursuivre la consolidation de l'offre de service du Consortium pour les TCC de la Capitale-Nationale
Objectif 3 :	Poursuivre la consolidation de l'offre de services surspécialisés, sur une base régionale et interrégionale, à l'intention des personnes ayant subi un TCC et vivant une situation complexe
Objectif 4 :	Poursuivre la consolidation d'une gamme de services aptes à soutenir l'intégration sociale des personnes victimes d'un TCC vivant une situation complexe
Objectif 5 :	Pouvoir le Consortium pour les TCC de la Capitale-Nationale de déterminer « des objectifs mesurables, de déterminer des cibles en lien avec ces objectifs et en faire le suivi régulièrement », comme il a été recommandé dans le rapport du vérificateur général sur le continuum de services pour les victimes de TCC
Objectif 6 :	Pouvoir le Consortium pour les TCC de la Capitale-Nationale d'un système de monitoring périodique de ses activités et d'un processus de rétroaction sur les résultats clinico-administratifs
Objectif 7 :	Accroître l'efficacité et l'efficience du fonctionnement du Comité directeur conjoint pour les TCC et de la gestion des projets du Consortium pour les TCC de la Capitale-Nationale

Le Consortium pour les TCC de la Capitale-Nationale est à la jonction de plusieurs instances ou processus exerçant une influence sur la nature et la priorité de ses activités de consolidation. Ainsi, il est tributaire du plan d'amélioration en ce qui a trait aux TCC du CHA et de l'IRDPQ aussi bien que du Plan d'engagement 2007-2011 des consortiums interrégionaux de l'est du Québec. Sa consolidation sera également fonction des travaux et des résultats du Projet clinique en déficience physique de la Capitale-Nationale, de la démarche régionale de désengorgement des urgences dans les centres hospitaliers, ainsi que des interfaces à mettre en œuvre avec le comité régional de traumatologie.

Dans ce contexte, le Comité directeur conjoint pour les TCC doit relever deux défis : assurer l'intégration, tant sur le plan régional qu'interrégional, de l'ensemble des éléments externes en lien avec les usagers victimes d'un TCC et planifier annuellement ses activités dans un environnement susceptible d'introduire des idées nouvelles.

Afin de relever le défi de l'intégration, il faut améliorer la gestion courante du fonctionnement du Comité directeur conjoint pour les TCC. Dans ce but, le comité directeur s'est donné des outils de travail visant à accroître son efficacité et son efficience (voir livrable 7.1). Une fois terminée la phase d'implantation (2003-2006), c'est la gestion courante des activités, dans une perspective d'amélioration continue, qui devient le but le plus important à poursuivre au cours de la phase de consolidation du Consortium pour les TCC.

La planification sera quant à elle assurée grâce à un outil permettant d'effectuer : 1) une planification des biens livrables et des activités (objectif, échéancier, indicateurs de résultats, imputabilité, responsabilité, effort requis); 2) un suivi évaluatif des biens livrables et des activités (évaluation des écarts entre planifié et réalisé); 3) un plan de mitigation, s'il existe des écarts importants au regard de la planification (voir livrable 7.2).

De plus, la planification se fera sur une base annuelle, incluant la reddition de comptes au MSSS, et sera bonifiée, en cours d'année, par l'intégration d'éléments d'origines externes au comité directeur, notamment ceux en provenance du Plan d'engagement 2007-2011 des consortiums interrégionaux de l'est du Québec, du Projet clinique en déficience physique de la Capitale-Nationale et de la démarche régionale de désengorgement des urgences dans les centres hospitaliers.

3. Consortiums en neurotraumatologie de l'est du Québec (CHA-CRDP-Agence)

À la suite de la visite du groupe-conseil en traumatologie, les 30 et 31 janvier 2003, les CRDP et les agences de l'est du Québec, le CHA ainsi que les représentants des usagers ont travaillé, de 2003 à 2006, à l'implantation des consortiums en neurotraumatologie à l'intention des personnes victimes d'un TCC et de celles qui ont subi une lésion médullaire aiguë. Balisés par un protocole d'entente, les quatre consortiums concernant les TCC sont composés comme suit :

- ❑ Québec/Bas-Saint-Laurent : IRDPQ – CRDP l'InterAction – CSSS de la Mitis
- ❑ Québec/Côte-Nord : IRDPQ – Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord – l'Émergent
- ❑ Québec/Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine : IRDPQ – Centre de réadaptation de la Gaspésie
- ❑ Québec/Chaudière-Appalaches : IRDPQ – CRDP Chaudière-Appalaches

Les 7, 8 et 9 février 2007, les consortiums ont fait l'objet d'une visite d'évaluation du groupe-conseil en traumatologie. En juillet 2008, à la suite de cette visite, les consortiums déposaient au MSSS leur Plan d'engagement 2007-2011. Ce plan permettra de consolider les moyens utilisés par les consortiums pour mieux desservir la clientèle. En effet, la finalité et les principes directeurs formulés dans les protocoles d'entente adoptés en décembre 2002 sont encore pertinents, mais certains aspects liés aux modalités de fonctionnement des consortiums doivent faire l'objet de révision si l'on souhaite améliorer l'accès et la continuité des services aux usagers.

La consolidation des consortiums en neurotraumatologie de l'est du Québec se réalisera par l'atteinte de cinq objectifs :

Objectif 1 :	Implanter et assurer un fonctionnement efficace et efficient de la nouvelle structure organisationnelle des consortiums en neurotraumatologie de l'est du Québec
Objectif 2 :	Adopter et actualiser de nouveaux protocoles d'entente en neurotraumatologie de l'est du Québec et des procédures clinico-administratives de portée interrégionale
Objectif 3 :	Actualiser les recommandations du groupe-conseil en traumatologie formulées lors de la visite des 7, 8 et 9 février 2007
Objectif 4 :	Poursuivre l'amélioration de l'accès et la continuité des services offerts par les établissements des consortiums en neurotraumatologie de l'est du Québec, tout en assurant la complémentarité des rôles et des responsabilités dévolus aux parties prenantes aux consortiums
Objectif 5 :	Actualiser la recommandation du vérificateur général sur le continuum de services pour les TCC, à savoir « de pourvoir le continuum de services d'objectifs mesurables, de déterminer des cibles en lien avec ces objectifs et d'en faire le suivi régulièrement »

Les parties prenantes au Plan 2007-2011 s'engagent à atteindre les objectifs et les biens livrables formulés dans le plan, selon l'échéancier et les conditions de réalisation convenus. Pour ce faire, le plan prévoit une série de mesures assurant l'efficacité des travaux : compte rendu, modèle de planification-suivi, gestion de projet. Par souci d'efficacité, l'investissement en ressources humaines reposera sur la préoccupation d'équilibrer le rapport coûts-établissements/bénéfices-usagers. Enfin, les parties prenantes aux consortiums s'attendent à ce que l'Agence ainsi que l'IRDPQ, compte tenu de leurs

responsabilités respectives, exercent un leadership participatif facilitant l'actualisation du Plan d'engagement 2007-2011.

4. Centre d'expertise de l'est du Québec pour les personnes victimes de brûlures graves (CHA-IRDPQ)

Le Centre d'expertise de l'Est du Québec pour les personnes victimes de brûlures graves, constitué de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et de l'IRDPQ, a fait l'objet d'une visite de désignation de la part du groupe-conseil en traumatologie du MSSS, le 11 mai 2004.

Cette désignation a entraîné la création d'un comité d'implantation responsable d'assurer la gouvernance du Centre et la concertation des partenaires concernés par l'offre de services aux personnes victimes de brûlures graves. Piloté par l'Agence, le comité est composé des organisations suivantes : le CHA, l'IRDPQ, et l'Association des grands brûlés – F.L.A.M.

À la suite de la visite du groupe-conseil en traumatologie, le CHA, l'IRDPQ ainsi que les représentants des usagers ont travaillé, de 2004 à 2007, à l'implantation du Centre d'expertise à partir d'une planification déposée au MSSS et mise à jour en décembre 2005. Sept objectifs généraux étaient visés :

Objectif 1 :	Offrir aux usagers et à leurs proches une gamme de services spécialisés et surspécialisés adaptés aux particularités cliniques et sociales des personnes de l'est du Québec victimes de brûlures graves
Objectif 2 :	Mettre en œuvre et coordonner un continuum de services (1 ^{re} , 2 ^e , 3 ^e lignes) pour les personnes victimes de brûlures graves et leurs proches, sur la base de la région de la Capitale-Nationale et sur la base du territoire de l'est du Québec
Objectif 3 :	Offrir aux personnes victimes de brûlures graves et à leurs proches un lien avec le milieu communautaire
Objectif 4 :	Développer et diffuser les connaissances relatives aux personnes victimes de brûlures graves auprès des intervenants concernés par les grands brûlés
Objectif 5 :	Évaluer de façon continue le modèle transitoire d'organisation de services aux personnes victimes de brûlures graves afin d'introduire, en cours d'année, les changements requis et de fournir, en décembre 2006, une recommandation concernant un modèle d'organisation de services à retenir pour desservir les personnes victimes de brûlures graves de l'est du Québec
Objectif 6 :	Créer les conditions nécessaires à l'implantation du centre d'expertise
Objectif 7 :	Définir et adopter une vision du centre d'expertise et la transmettre au MSSS

Le CHA, l'IRDPQ ainsi que l'Association des grands brûlés – F.L.A.M. ont travaillé activement à l'actualisation des objectifs définis précédemment. Le 22 novembre 2007, l'Agence de la Capitale-Nationale transmettait au MSSS un bilan préliminaire de l'implantation du Centre. Des représentants du groupe-conseil en traumatologie du MSSS ont rencontré, le 21 avril 2008, les membres du centre d'expertise, incluant F.L.A.M. et l'Agence de la Capitale-Nationale, afin de faire le point.

Le comité d'implantation travaille actuellement à réaliser un bilan évaluatif de l'implantation du centre d'expertise et à définir son Plan de consolidation 2009-2012, lequel sera transmis au MSSS d'ici mars 2009. Le plan de consolidation a défini, à ce jour, les enjeux suivants :

Enjeu 1 :	Poursuivre la consolidation de l'offre de services du centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves
Enjeu 2 :	Définir, adopter et implanter un continuum de services interrégional spécifique aux personnes victimes de brûlures graves
Enjeu 3 :	Transférer le pilotage de la consolidation du centre d'expertise de l'Agence de la Capitale-Nationale vers les deux établissements concernés, soit le CHA et l'IRDPQ

Annexe 4

Les services de maintien dans le milieu de vie

Complément au maillon 14

Les services de maintien dans le milieu de vie

La majorité des personnes ayant été victime d'un traumatisme modéré ou grave vivent dans leur milieu de vie naturel. Certaines d'entre elles ont toutefois besoin, pour ce faire, d'un soutien de la part des CSSS.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les personnes traumatisées ont accès à un éventail de services spécifiques, en plus des services courants offerts par les quatre CSSS de la région : soutien à domicile, aide technique pour compenser leur déficience (AVD-AVQ), allocation directe pour l'aide à l'élimination. Quant aux proches de ces personnes, ils peuvent bénéficier d'une allocation directe pour leur besoin de répit-dépannage (programme de soutien à la famille) et le programme de développement de ressources en répit-dépannage permet de leur offrir une gamme diversifiée de ressources. Tous ces programmes relèvent des CSSS.

Certaines personnes ayant des incapacités importantes ne peuvent toutefois demeurer dans leur milieu naturel, malgré le soutien des CSSS. Pour ces dernières, il existe un choix limité de milieux de vie substituts, sous la gouvernance soit du réseau de la santé et des services sociaux soit du CRDIQ : ressources résidentielles adaptées (37 places), ressources intermédiaires et ressources de type familial (10 places).

Plus particulièrement, les CSSS de la région de la Capitale-Nationale participent activement aux comités directeurs conjoints pour les TCC et les BM. Ils seront invités à participer au futur Comité directeur pour les personnes victimes de brûlures graves.

Les actions se trouvant sous la responsabilité des CSSS de la région de la Capitale-Nationale sont intégrées au plan d'action des comités directeurs conjoints pour les TCC et les BM. De plus, le projet clinique en déficience physique est actuellement en élaboration et, d'ici mars 2009, des priorités régionales et territoriales seront établies.

Les organismes communautaires en déficience physique apportent un soutien à l'intégration sociale des personnes victimes de traumatisme. En ce sens, l'Association des TCC des deux rives ainsi que l'Association des grands brûlés – F.L.A.M. ont exercé un leadership important dans le développement de services pour les personnes victimes d'un TCC ou de brûlures graves.

LISTE DE RÉFÉRENCES

1. CENTRE COLLABORATEUR POUR LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES, RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et coll. *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*, 1998, p.8.
2. FERLAND, M. et M. PAGEAU. *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2008, 527 p.
3. HAMEL, D. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Institut nationale de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
4. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Évolution du taux d'utilisation des sièges d'auto pour enfants – 2003*, Québec, SAAQ, 2005 (Dossier statistique).

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Resources for Optimal Care of the Injured Patient, Committee on trauma*, Chicago, 2006.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Rapport du directeur de santé publique, Portrait de la région de la Capitale-Nationale – Les statistiques*, Québec, ASSS de la Capitale-Nationale, 2008.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Rapport du directeur de santé publique, Portrait de la région de la Capitale-Nationale – Les analyses*, Québec, ASSS de la Capitale-Nationale, 2008.

FRÉCHETTE, Pierre. *Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ). Rapport annuel 2007-2008*, Gouvernement du Québec, Service aérien gouvernemental, 2008.

FRÉCHETTE, Pierre. *Programme de traumatologie. Rapport annuel 2007-2008*, Québec, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, 2008.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Continuum de services en traumatologie*, 9 pages [En ligne] www.fecst.gouv.qc.ca.

LAPORTE, Pierre. *L'Avenir du continuum de services en traumatologie*, Communication au Colloque Défi Trauma, Québec, Société d'assurance automobile du Québec, 2008.

LAPORTE, Pierre. *Historique du réseau national de traumatologie*, Communication au Colloque Défi Trauma, Québec, Société d'assurance automobile du Québec, 2008.

LAPORTE, Pierre. *Rôles des centres primaires et secondaires de traumatologie*, Québec, Société d'assurance automobile du Québec, 2004.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Portrait des traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec*, Gouvernement du Québec, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les mécanismes de concertation en traumatologie, Programme québécois de traumatologie*, Québec, MSSS, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010*, Québec, MSSS, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008, Programme québécois de traumatologie*, Québec, MSSS, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet de développement d'indicateurs de gestion dans le réseau de la traumatologie, Programme québécois de traumatologie*, Québec, MSSS, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet de développement d'un programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves, Programme québécois de traumatologie*, Québec, MSSS, 2002.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Registre des traumatismes du Québec*, Québec, RAMQ, 2009, Formulaire EGA2R03. (Données concernant l'année financière 2008-2009)

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Registre des traumatismes du Québec*, Québec, RAMQ, 2008, Formulaire EGA2R03. (Données concernant l'année financière 2007-2008)

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Historique de la traumatologie à la SAAQ*, Québec, SAAQ, 2001.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 