



UNIS
dans TOUS les
SENS

PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE 2009-2012

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec



Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012

**Adopté par le conseil d'administration
Le 21 avril 2010**

Ce plan directeur régional en traumatologie
a été élaboré par la Direction des services de santé
et des affaires médicales
de l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination des travaux

Gilles Hudon, directeur,
des services de santé et des affaires médicales
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Soutien à la coordination des travaux

Lorraine Croteau, chef de service,
Services préhospitaliers d'urgence et traumatologie
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Rédaction

Suzanne Bouillé, conseillère

Correction et mise en page

Carole Daneault
Céline Cossette

Conception graphique de la page couverture

MediaVox
Idée originale Acolyte Communication

Dépôt légal - 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-89340-202-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-203-1 (version PDF)

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

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

53^e assemblée régulière du conseil d'administration

Date : 21 avril 2010

Article : CAAD-53-06

Résolution : CAAD-10-11

**RÉSOLUTION relative au Plan directeur régional en
traumatologie 2009-2012**

CONSIDÉRANT la demande faite par le Groupe conseil en traumatologie aux agences à l'effet de mettre à jour leur plan directeur régional en traumatologie couvrant la période 2009-2012;

CONSIDÉRANT le rôle important du comité régional de traumatologie dans l'élaboration du Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012 et, subséquemment, dans son implantation et son suivi;

CONSIDÉRANT les actions prévues au Plan directeur régional 2006-2009 qui ont été réalisées ou qui sont en voie de l'être, notamment eu égard à l'établissement de corridors de services formels interrégionaux;

CONSIDÉRANT les enjeux du Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012 ciblant entre autres les victimes de blessures médullaires;

CONSIDÉRANT la validation et l'approbation du Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012 par le comité régional de traumatologie ainsi que par le comité de pilotage stratégique de l'Agence;

CONSIDÉRANT l'analyse du plan faite à la présente assemblée;

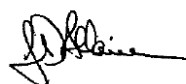
IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :

1. d'adopter le Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012;
2. de transmettre le plan directeur au Groupe conseil en traumatologie et assurer sa diffusion auprès des établissements et organismes concernés de la région.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,



Fait à Trois-Rivières
Le 22 avril 2010

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	7
PRÉAMBULE	9
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE RÉGIONALE	13
PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION	15
La région	15
La population	15
INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES	17
Registre des traumatismes	17
Traumatismes de la route	20
Port du casque de sécurité chez les cyclistes	21
MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE	23
Comité provincial de traumatologie	23
Comité régional de traumatologie	24
Comités locaux de traumatologie	25
CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE	27
SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION	31
Sécurité routière	32
Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile	33
*Programme Debout!	33
Prévention de la sécurité lors d'activités récréatives et de loisirs	33
Syndrome du bébé secoué	34
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	35
Premiers intervenants	35
Centres primaires 911	36
Centre de communication santé	36
Premiers répondants	36
Services ambulanciers	37
SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)	41
Corridors de services	41
Transport ambulancier des victimes de traumatisme	42

Registre des traumatismes.....	42
Effectifs médicaux en neurochirurgie	43
Repérage de la clientèle traumatisée	43
Clientèle TCC et mesure de Glasgow à l'urgence	43
Système informatisé en traumatologie	44
SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS	45
SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE	47
Services de réadaptation de première ligne.....	47
Organismes communautaires	47
Services de soutien à domicile et services psychosociaux.....	48
Programmes d'adaptation du domicile.....	48
Services d'hébergement	49
LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	51
FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES	55
PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE 2009-2012 MAURICIE ET	
CENTRE-DU-QUÉBEC	57
ANNEXE 1 COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE.....	75
ANNEXE 2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU GROUPE CONSEIL EN	
TRAUMATOLOGIE VISITES 2003	81
BIBLIOGRAPHIE	85

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AEC	Attestation d'études collégiales
AEO	Accueil évaluation orientation
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AIS	Abreviated Injury Scale
ATCC	Association des traumatisés craniocérébraux
BM	Blessure médullaire
CAUCA	Centre d'appel Urgence Chaudière-Appalaches
CBRN	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire
CCS	Centre de communication santé
CECII	Comité exécutif Conseil des infirmiers et infirmières
CECOM	Centre de communication en santé mentale
CHAUQ	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLR	Communication Le Rocher
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
ECST	Équipe de l'Évaluation du continuum de services en traumatologie
FECST	Fonctions évaluatives du Continuum de services en traumatologie
FLAM	Force Liberté Amour Mouvement d'accueil
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRM	Institut de réadaptation de Montréal
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAEMD	National Academy of Emergency Medical Dispatch
NEGS	Naître égaux et Grandir en santé
PARSP	Plan d'action régional en santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

RAO	Répartition assistée par ordinateur
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RNI	Ressources non institutionnelles
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
SBS	Syndrome du bébé secoué
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité
SIT	Système informatisé en traumatologie
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme craniocérébral
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
USI	Unité de soins intensifs

PRÉAMBULE

Depuis 1996, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est toujours fondée sur une approche de partenariat avec l'ensemble des intervenants de la communauté, notamment dans les services spécialisés et surspécialisés afin d'assurer aux personnes qui en ont besoin, peu importe d'où elles viennent dans la région, un réseau d'accès rapide à des services spécialisés. C'est cette approche régionale qui a permis l'organisation des transferts à l'intérieur de la région et, avec des ententes interrégionales, lorsque les services spécialisés ne sont pas disponibles.

Dans la région, la clientèle de chacun des territoires de CSSS, particulièrement ceux avec un mandat hospitalier, respecte les exigences d'un réseau de traumatologie. Depuis 2000-2001, plusieurs efforts ont été consentis afin d'améliorer le nombre de transferts intrarégionaux, particulièrement des régions de Victoriaville et de Drummondville. Les chiffres présentés dans ce document démontrent que ces efforts ont donné les résultats escomptés et que les transferts de ces établissements se font maintenant majoritairement vers le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. La région peut maintenant confirmer une bonne rétention de sa clientèle. De plus, lorsque nécessaire, les transferts interrégionaux se font également avec fluidité.

Le présent document vise à démontrer les efforts faits depuis les dernières années en traumatologie dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il amène aussi de façon concrète les défis à rencontrer afin de s'adapter à un contexte en constante évolution.

INTRODUCTION

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est dotée d'un Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009. La mise à jour de ce plan directeur permet de dégager un nouveau Plan d'action 2009-2012. Dans ce contexte, de nombreuses actions ont été conduites depuis 2006 afin de réaliser les différentes mesures du plan directeur régional en traumatologie.

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

En ce sens, le plan directeur régional en traumatologie permet la mobilisation des diverses parties impliquées et devient un outil efficace en permettant de regrouper les actions nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services aux personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être.

Le plan directeur est actualisé avec la collaboration du comité régional de traumatologie et des principaux acteurs du réseau régional de traumatologie. De plus, il fait le lien avec les mesures intégrées, dans le Plan d'action régional en santé publique 2009-2012, qui visent la prévention des traumatismes. Il est un outil dynamique, évolutif et adaptable à des conditions et des besoins nouveaux. Il représente la réalité actuelle du réseau de traumatologie de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et prévoit des objectifs à atteindre d'ici le 31 mars 2012. Il répond donc à la demande du Groupe conseil en traumatologie qui souhaite une mise à jour du plan directeur régional et, particulièrement, de son plan d'action 2009-2012.

Les principaux enjeux régionaux pour les trois prochaines années sont les suivants :

- Compléter les exigences matricielles du Groupe conseil en traumatologie, particulièrement une recommandation touchant la gestion des soins intensifs au CHRTR en mode fermé;
- Compléter les corridors de services avec le Centre d'expertise pour la réimplantation microchirurgicale d'urgence;
- Compléter l'entente de transfert en traumatologie pour les victimes de blessure médullaire entre le CHRTR et l'Hôpital-du-Sacré-Cœur de Montréal ainsi que le protocole de retour de la clientèle en région;
- Actualiser l'offre de service régionale pour la clientèle avec une lésion médullaire non traumatique;
- Assurer la pérennité de l'architecture de service régionale pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger en prévoyant une récurrence du budget de fonctionnement.

HISTORIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE RÉGIONALE

En 1991, le MSSS désignait le Groupe conseil en traumatologie grâce à une collaboration étroite avec la SAAQ. Depuis 1992, le Groupe conseil en traumatologie, évaluée, en vue de leur désignation, les établissements hospitaliers de courte durée devant être inclus au Continuum québécois des services en traumatologie.

Les établissements de courte durée de la région ont été visités une première fois en 1992-1993. Lors de cette visite, les désignations suivantes ont été faites :

- le CLSC de Fortierville¹ a été désigné comme centre de stabilisation médicale;
- l'Hôpital Saint-Joseph de la Tuque² a été désigné centre primaire;
- le Centre régional de la Mauricie³ a été désigné centre primaire;
- l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville⁴ a été désigné centre primaire;
- l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska⁵ a été désigné centre secondaire;
- le Centre hospitalier Sainte-Marie⁶ a été désigné centre secondaire.

En mai 1998, le Groupe conseil en traumatologie a retenu les désignations suivantes :

- maintien conditionnel du Centre de santé les Blés d'Or comme centre de stabilisation médicale;
- maintien de la désignation du Centre hospitalier de La Tuque comme centre primaire;
- retrait de la désignation du Centre hospitalier du Centre de la Mauricie comme centre primaire;
- maintien de la désignation du Centre hospitalier Sainte-Croix de Drummondville comme centre primaire. En novembre 1998, cet établissement a été rehaussé au niveau de centre secondaire;
- maintien conditionnel de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska comme centre secondaire;
- maintien temporaire conditionnel de la désignation du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières comme centre secondaire régional. Suite à une deuxième visite, le CHRTR a été désigné officiellement comme centre secondaire régional.

En novembre 2003, le Groupe conseil a effectué une nouvelle visite des établissements de courte durée avec les conclusions suivantes :

- retrait de la désignation du Centre de santé Les Blés d'Or comme centre de stabilisation médicale;
- report du maintien du CSSS du Haut-Saint-Maurice comme centre primaire jusqu'à la complétion des exigences matricielles;
- maintien inconditionnel du CSSS Drummond comme centre secondaire;
- maintien conditionnel du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable comme centre secondaire;
- maintien du CHRTR comme centre secondaire régional.

¹ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska

² Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice

³ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

⁴ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux Drummond

⁵ Aujourd'hui nommé Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

⁶ Aujourd'hui nommé Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été désignée, au cours de l'année 2005-2006, comme site pilote pour le site WEB des fonctions évaluatives du Continuum de services en traumatologie. L'actualisation du Recueil de procédures et de la section Organisation interne servira à l'évaluation du Groupe conseil en traumatologie en vue du renouvellement des désignations en traumatologie. Les établissements ont pratiquement complété toutes les exigences requises. La plupart des documents du Recueil de procédures sont terminés et il ne reste que les ententes entre le CHRTR et les autres établissements à compléter. Le tout devrait être finalisé d'ici février 2010.

En décembre 1999, le Groupe conseil en traumatologie a désigné les établissements (CHRTR – CR InterVal en collaboration avec l'ATCC) responsables d'offrir des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave. En décembre 2002 et en décembre 2006, ce même Groupe conseil en traumatologie a, cette fois, désigné le Consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CHRTR-CR InterVal-ATCC) comme consortium offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave.

En 2006 et 2008, le Groupe conseil en traumatologie a désigné le Consortium interrégional de l'ouest du Québec comme consortium offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré et sévère. Le Centre de réadaptation InterVal fait partie de ce consortium.

De plus, le MSSS a désigné en 1997 deux centres d'expertise pour la clientèle ayant subi une blessure médullaire, un à l'est (CHA Enfant-Jésus-IRDPQ) et un à l'ouest (HSCM-IRM⁷-CRLB). Le CR InterVal a été reconnu comme établissement offrant des services de RFI à l'externe et de RAIS pour cette clientèle.

Finalement, en 2008, les quatre établissements de la région avec mandat de traumatologie ont signé les ententes de transfert en traumatologie avec le Centre d'expertise de l'Est du Québec pour la clientèle victime de brûlures graves.

Lors des visites du Groupe conseil en traumatologie, différentes recommandations ont été faites aux établissements rencontrés. La plupart de ces recommandations ont été actualisées et celles qui restent à finaliser font l'objet d'objectifs dans le plan directeur.

⁷ Aujourd'hui nommé Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE SA POPULATION

La région

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'étend sur un vaste territoire de 45 000 km². La population se concentre surtout au centre et au sud de la région, la partie nord étant très peu habitée. Le tiers de la population habite en milieu rural alors que près de la moitié de la population urbaine habite dans la région de Trois-Rivières.

La population

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est la cinquième région la plus peuplée du Québec avec 491 777⁸ personnes en 2008. La population du Centre-du-Québec est estimée à 229 625 personnes, soit 47 % de la population et celle de la Mauricie est estimée à 262 152 personnes, soit 53 % de la population.

D'autre part, 1 % de la population est autochtone (6 080 personnes). Bien que deux des quatre réserves autochtones se situent au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente plus de 25 % de la population de ce district sociosanitaire.

La croissance démographique de la région est limitée. La population ne s'est accrue que de 1 % depuis les dix dernières années. On note aussi un vieillissement accéléré de la population. En 2008, les personnes de 65 ans et plus représentent 17 % de la population comparativement à 15 % pour le Québec. Au cours des 20 prochaines années, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera presque du double dans la région passant de 83 255 à 141 098. Les 65 ans et plus représenteront, en 2026, près de 30 % de la population.⁹

Le taux de chômage en octobre 2009 était de 9,9 % en Mauricie et de 6,6 % au Centre-du-Québec comparativement à 8,8 % pour le Québec. Le taux de chômage en Mauricie s'est détérioré depuis 2006 alors que celui du Centre-du-Québec s'est amélioré. Il était cependant de 11 % dans la région en 2001. En 2008, le revenu disponible par habitant était de 22 649 \$ en Mauricie et de 22 800 \$ au Centre-du-Québec comparativement à 25 494 \$ pour le Québec. Les revenus disponibles par habitant ont diminué depuis 2006 autant en Mauricie et au Centre-du-Québec qu'au niveau provincial.

⁸ Institut de la statistique du Québec, données mises à jour en octobre 2009

⁹ Plan d'action régional en Santé Publique 2009-2012

INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

Registre des traumatismes

Les données de l'année 2008-2009 du Registre des traumatismes pour les établissements ayant un statut de traumatologie primaire, secondaire et secondaire régional de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec permettent d'obtenir des informations sur les traumatismes de la région et de les comparer avec l'ensemble du Québec. Les données comparées sont celles de 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.

Inscriptions au registre

Le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour la Mauricie et le Centre-du-Québec est de 1 711 pour l'année 2008-2009, comparativement à 1 692 pour 2007-2008 en hausse de 1 %. Les données provinciales ne peuvent être comparées puisqu'elles ne sont pas mures en date du 18 septembre 2009. Pour qu'un usager ait un registre des traumatismes complété, il doit répondre à l'un des quatre critères suivants : décès, admission de 3 jours et plus, admission aux soins intensifs ou cas transféré d'un autre centre et qui est admis.

NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE DES TRAUMATISMES				
SECTEUR	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
CSSS du Haut-Saint-Maurice	30	39	42	45
CSSS Drummond	306	330	347	353
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	356	376	349	388
CHRT	906	960	954	925
Ensemble de la région	1 598	1 705	1 692	1 711
Total du Québec	18 217	18 510	18 729	15 533*

* Les données provinciales 2008-2009 ne sont pas complètes en date du 18 septembre 2009 (61 % de conformité)

Hommes/femmes

En 2008-2009, la proportion de femmes inscrites au Registre des traumatismes est plus élevée dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au Québec, pour l'année 2008-2009, la proportion des femmes est aussi plus élevée.

COMPARAISON SELON LES SEXES		
SECTEUR	% HOMME	% FEMME
CSSS du Haut-Saint-Maurice	46,7 %	53,3 %
CSSS Drummond	40,2 %	59,8 %
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	41,0 %	59,0 %
CHRT	48,9 %	51,1 %
Ensemble de la région	45,2 %	54,8 %
Total du Québec	48,5 %	51,5 %

*Source Registre des traumatismes du Québec

L'âge des victimes

En 2008-2009, l'âge moyen des victimes est de 64 ans. L'analyse permet de constater que tous les établissements de la région ont des moyennes d'âge plus élevées que la province. L'âge moyen au Québec pour la même année est de 60 ans.

ÂGE MOYEN ET ÉCART TYPE DES VICTIMES DE TRAUMATISMES		
SECTEUR	ÂGE MOYEN	ÉCART TYPE
CSSS du Haut-Saint-Maurice	68,6	18,9
CSSS Drummond	67,0	22,2
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	70,1	20,8
CHRT	60,8	25,6
Ensemble de la région	64,4	24,1
Total du Québec	59,9	25,6

*Source Registre des traumatismes du Québec

Durée de séjour

La durée moyenne de séjour à l'urgence est variable selon les établissements. On note que les durées moyennes de séjour à l'urgence sont inférieures aux moyennes provinciales d'établissements comparables sauf pour le CHRT.

DURÉE DE SÉJOUR URGENCE (HEURES)						
SECTEUR	DURÉE MOYENNE		ÉCART		MOYENNE PROVINCIALE	
	2007-2008	2008-2009	Nombre	Écart (%)	2008-2009	Écart (%)
CSSS du Haut-Saint-Maurice	7,8	9,9	2,1	26,9	15,4	-55,6
CSSS Drummond	11,6	13,9	2,3	19,8	18,1	-30,2
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	11,4	9,2	2,2	-19,3	18,1	-96,7
CHRT	17,7	21,5	3,8	21,5	16,4	23,7

*Chaque établissement est comparé à la moyenne provinciale de sa catégorie de désignation

Les durées moyennes de séjour admises sont plus élevées pour tous les établissements de la région, sauf pour le CSSS du Haut-Saint-Maurice, que la moyenne provinciale pour la même catégorie de désignation.

DURÉE DE SÉJOUR ADMISSION (JOURS)						
SECTEUR	DURÉE MOYENNE		ÉCART		MOYENNE PROVINCIALE	
	2007-2008	2008-2009	Nombre	Écart (%)	2008-2009	Écart (%)
CSSS du Haut-Saint-Maurice	14,6	14,6	0,0	0,0	27,1	-2,1
CSSS Drummond	17,1	20,1	3,0	17,5	13,7	31,8
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	18,0	16,6	-1,4	-7,8	13,7	17,5
CHRT	9,9	10,5	0,6	6,1	10,2	2,9
Ensemble de la région	13,1	13,9	0,8	6,1	12,4	10,8

*Chaque établissement est comparé à la moyenne provinciale de sa catégorie de désignation

Les décès

Pour fins de comparaison, nous ne reproduisons ici que les trois dernières années. Ce tableau présente les données selon trois catégories :

- ❖ À l'arrivée à l'urgence : le décès s'est produit avant l'arrivée à l'urgence;
- ❖ Après l'arrivée à l'urgence : le décès s'est produit après l'arrivée à l'urgence;
- ❖ Après l'admission : le décès s'est produit après l'admission dans l'établissement.

SECTEUR	NOMBRE DE DÉCÈS								
	À l'arrivée à l'urgence			Après l'arrivée à l'urgence			Après l'admission		
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2006-2007	2007-2008	2008-2009
CSSS Haut-Saint-Maurice	5	9	2	0	1	2	6	3	3
CSSS Drummond	17	10	20	2	7	9	13	19	17
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	32	33	16	2	0	0	26	15	26
CHRT	14	21	16	8	8	5	58	53	37
Ensemble de la région	68	73	54	12	16	16	103	90	83
Total du Québec	567	542	441	112	130	112	848	668	677

* Les données provinciales 2008-2009 ne sont pas complètes en date du 18 septembre 2009 (61 % de conformité)

Dans la région Mauricie/Centre-du-Québec, on note une diminution de 26 % des **décès à l'arrivée à l'urgence** en 2008-2009.

Les **décès après l'arrivée à l'urgence** sont demeurés stables régionalement en 2008-2009.

Finalement, on note une diminution régionale de 8 % des **décès après l'admission** en 2008-2009.

Neurotraumatologie

Le nombre de personnes victimes d'un **traumatisme craniocérébral** est en diminution de 11 % pour l'ensemble de la région pour l'année 2008-2009. Tous les établissements ont connu une diminution du nombre de TCC sauf le CSSS Drummond qui a connu une hausse de 68 %. Le nombre de personnes victimes d'une **blessure médullaire** est faible dans la région et ne suit pas la tendance provinciale. Les données de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal sont incomplètes en ce qui concerne les blessures médullaires.

NOMBRE DE CAS DE NEUROTRAUMATISME								
SECTEUR	TCC				BM			
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
CSSS du Haut-Saint-Maurice	4	1	4	3	0	0	0	0
CSSS Drummond	23	19	25	42	3	1	0	0
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	45	31	53	30	0	1	0	2
CHRT	151	134	162	143	2	3	6	0
Ensemble de la région	223	185	244	218	5	5	6	2
Total du Québec	n/d	n/d	n/d	n/d	227	182	153	121*

* Les données provinciales 2008-2009 ne sont pas complètes en date du 18 septembre 2009 (61 % de conformité)

Traumatismes de la route

Le Québec regroupe dix-sept régions sociosanitaires. Les données de 2008 nous indiquent que la Mauricie et le Centre-du-Québec se classent respectivement au 10^e et 12^e rang pour le nombre total de victimes d'accidents de la route. Concernant les décès, le Centre-du-Québec est au 5^e rang et la Mauricie au 11^e rang. Concernant les blessures graves, le Centre-du-Québec est au 7^e rang et la Mauricie au 11^e rang. Finalement, concernant les blessures légères, la Mauricie est au 9^e rang et le Centre-du-Québec au 11^e rang.

Victimes¹⁰ d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Québec, de 2003 à 2008

Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2007	2008/ 2003 à 2007
Mortelles	623	644	707	721	621	557	-10,3 %	-16,0 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	3 753	3 679	4 019	3 721	2 861	2 363	-17,4 %	-34,5 %
Légères	45 776	45 918	47 462	46 042	44 495	41 203	-7,4 %	-10,3 %
Total	50 152	50 241	52 188	50 484	47 977	44 123	-8,0 %	-12,1 %

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Mauricie, de 2003 à 2008

Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2007	2008/ 2003 à 2007
Mortelles	33	30	26	24	23	20	-13,0 %	-26,5 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	171	141	171	146	135	113	-16,3 %	-26,0 %
Légères	1 732	1 709	1 757	1 816	1 895	1 821	-3,9 %	2,2 %
Total	1 936	1 880	1 954	1 986	2 053	1 954	-4,8 %	-0,4 %

Victimes d'accidents de véhicules routiers selon la nature des blessures, Centre-du-Québec, de 2003 à 2008

Nature des blessures								
	Nombre						Variation	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2009	2008/ 2003 à 2007
Mortelles	38	39	41	49	40	41	2,5 %	-1,0 %
Graves (nécessitant l'hospitalisation)	188	176	181	181	139	132	-5,0 %	-23,7 %
Légères	1 656	1 553	1 599	1 728	1 658	1 589	-4,2 %	-3,0 %
Total	1 882	1 768	1 821	1 958	1 837	1 762	-4,1 %	-4,9 %

¹⁰ Société de l'assurance automobile du Québec, *Bilan routier 2008*, pages 56 et 57

Port du casque de sécurité chez les cyclistes¹¹

Les données indiquent une stabilisation en 2006 après une amélioration constante du port du casque de sécurité chez les cyclistes de la Mauricie alors qu'au Centre-du-Québec, elles sont fluctuantes selon les années. Les résultats sont inférieurs à l'ensemble du Québec. À noter que ces statistiques n'ont pas été mises à jour par la SAAQ depuis 2006.

Estimation du port du casque de sécurité chez les cyclistes de 1995 à 2006

	1995 ¹	1996 ¹	1997 ¹	1998 ¹	1999 ¹	2000	2002	2004	2006	Variation 2006 versus 2005
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Mauricie	11,4	15,4	11,4	15,3	12,1	17,1	22,7	25,8	25,4	-0,4
Centre-du-Québec	11,4	15,4	11,4	15,3	12,1	8,2	23,8	13,5	14,1	0,6
Ensemble du Québec	n/d	24,5	27,6	26,9	24,9	25,4	28,6	36,6	37,2	0,6

1 Les statistiques pour ces années excluent les enfants de moins de 5 ans.

Victimes¹² d'accidents impliquant un vélo et un véhicule routier De 2003 à 2008

	Nature des blessures	Nombre						Variation	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/ 2007	2008/ 2003 à 2007
Mauricie	Mortelles	0	1	1	1	0	1	-	66,7
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	9	6	6	9	3	6	100,0	-9,1
	Légères	80	92	84	76	102	85	-16,7	-2,1
	Total	89	99	91	86	105	92	-12,4	-2,1
Centre-du-Québec	Mortelles	0	0	0	1	2	1	-50,0	66,7
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	5	7	4	8	3	4	33,3	-25,9
	Légères	70	66	72	77	72	60	-16,7	-16,0
	Total	75	73	76	86	77	65	-15,6	-16,0
Québec	Mortelles	18	15	16	20	15	12	-20,0	-28,6
	Graves (nécessitant l'hospitalisation)	163	189	179	159	131	116	-11,5	-29,4
	Légères	2 316	2 373	2 303	2 241	2 298	1 932	-15,9	-16,2
	Total	2 497	2 577	2 498	2 420	2 444	2 060	-15,7	-17,2

On constate que les blessures graves sont en augmentation en Mauricie et au Centre-du-Québec. On note qu'il y a très peu de mortalités associées à l'utilisation du vélo.

¹¹ Société de l'assurance automobile du Québec, Enquête 2006 sur le port du casque de sécurité, novembre 2006, 35 pages

¹² Société de l'assurance automobile du Québec, *Bilan routier 2008*, pages 81, 87 et 88

MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE

Comité provincial de traumatologie

Le mandat de ce comité est le suivant :

- assurer un suivi de l'évolution du réseau de services en traumatologie sur le plan national, ainsi que dans chacune des régions pour l'ensemble de la clientèle traumatisée sévère :
 - services de prévention
 - services préhospitaliers d'urgence
 - centres de traumatologie
 - centres de réadaptation
 - soins à domicile
 - corridors de services
 - suivi de la clientèle (registre des traumatismes)
- permettre un partage d'information concernant l'amélioration continue du réseau de services en traumatologie pour tous les intervenants concernés. Il propose les orientations nationales à préconiser dans ce secteur d'activités ainsi que les stratégies de mise en place des moyens les plus pertinents;
- développer des dossiers d'intérêt commun susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau québécois de traumatologie majeure;
- définir les besoins du réseau en termes de formation continue touchant divers aspects de la traumatologie;
- fournir au Ministère des avis ayant trait au développement, à la consolidation et à l'amélioration continue des services offerts aux traumatisés majeurs.

Composition du comité :

Représentants des instances suivantes :

- direction générale de la santé publique, MSSS
- direction générale des services à la population, MSSS
- direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS
- agences de la santé et des services sociaux, secteur de la traumatologie
- groupe conseil en traumatologie, volet santé physique
- groupe conseil en traumatologie, volet réadaptation et soutien à l'intégration
- comité des centres tertiaires
- AERDPQ
- SAAQ
- organismes éventuellement impliqués dans le grand ensemble du Soutien à la participation sociale

Ce comité est inactif depuis quelques années.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie a été mis en place en 1998-1999. Toutefois, il a été inactif entre 2000 et 2003 pour reprendre ses activités, par la suite, sur une base régulière. Il se rencontre à une fréquence de quatre à cinq fois par année. Il est sous la responsabilité du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence. Le Groupe conseil en traumatologie avait recommandé en 2003 que le CHRTR prenne position auprès du comité régional de traumatologie à l'effet d'assumer l'animation du comité. Le comité régional de traumatologie souhaite cependant maintenir le fonctionnement actuel.

Le rôle du comité régional est :

- d'évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie, et d'élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- de superviser l'implantation, l'opérationnalisation et d'assurer le suivi du programme régional de traumatologie;
- de voir à l'implantation et à l'opérationnalisation des corridors de services intra et extra régionaux;
- de s'assurer de l'existence des protocoles de transfert requis;
- d'émettre des avis et des recommandations en matière de dépistage et de prévention;
- d'assurer la qualité des soins et l'accessibilité à toute la population de la région;
- de veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- de recevoir et d'assurer le suivi des recommandations des équipes du Groupe conseil en traumatologie en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- de contribuer à la planification de certains éléments du continuum et à l'élaboration de programmes spécifiques (ex. : registre des traumatismes);
- d'assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

Composition du comité :

Représentants des instances suivantes :

- directeur médical des Services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- un représentant administratif de l'Agence;
- deux représentants (clinique et administratif) du CHRTR;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS du Haut-Saint-Maurice;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- deux représentants (clinique et administratif) du CSSS Drummond;
- deux représentants (clinique et administratif) du CR InterVal;
- un représentant des entreprises ambulancières de la région;
- un représentant du Centre de communication santé;
- intervenants invités, au besoin, selon l'intérêt et les dossiers traités.

Comités locaux de traumatologie

Les recommandations du Groupe conseil en traumatologie visaient notamment la consolidation des comités locaux de traumatologie. Les comités locaux de traumatologie sont maintenant actifs dans tous les établissements concernés. Ils relèvent du directeur des services professionnels (DSP) ou du CMDP.

Le comité local de traumatologie a pour mandat :

- d'assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'établissement;
- d'identifier et d'adresser aux responsables des directions/services concernés, des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatisme;
- d'assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un Registre des traumatismes;
- de contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux traumatisés en lien avec les objectifs définis à la matrice du Groupe conseil en traumatologie;
- d'assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies et de procéder à l'étude des dossiers en fonction de critères objectifs à déterminer, y compris les cas de mortalité;
- d'assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;
- d'assurer le suivi des recommandations déposées par le Groupe conseil en traumatologie suite aux visites d'évaluation de la performance de l'établissement relatives aux services offerts aux victimes de traumatismes;
- d'assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatismes;
- d'assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont);
- d'assurer un rôle consultatif auprès de l'Agence pour l'organisation des services sur le territoire touchant l'orientation des victimes prises en charge (transport primaire).

Les comités locaux de traumatologie se réunissent à une fréquence de quatre à cinq rencontres par année. La composition de chacun des comités locaux est décrite à l'annexe 1.

CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

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

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

Une étude prospective sur les retombées de l'implantation du CST a montré une amélioration du taux de mortalité des victimes de blessures graves, qui est passé de 51,8 % en 1992 à 8,6 % en 2002. Ces données ont été recueillies à même le Registre des traumatismes, créé à partir d'un partenariat entre le MSSS, la SAAQ et l'Université McGill afin de suivre l'évolution du CST. Ce modèle unique de continuum de services en traumatologie a été possible grâce à un partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux. Il est l'aboutissement de plusieurs années de travail acharné de tous les partenaires du réseau visant à ce que les délais d'accès à des soins et services de qualité soient les plus courts possible malgré les caractéristiques géographiques et démographiques du Québec.

L'une des forces de ce continuum est son système d'amélioration continue de la qualité des services, qui permet de prévenir, de détecter et de corriger les situations qui pourraient compromettre la qualité des services. C'est dans cet esprit, d'ailleurs, que l'AETMIS et le MSSS travaillent à l'élaboration d'un autre projet, appelé FECST (fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie) qui est, entre autres, un outil d'évaluation informatisé qui devrait contribuer à accroître l'efficacité du réseau mis en place.¹³

¹³ Continuum de services en traumatologie, AETMIS, 2009

CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

cst

Le continuum de services en traumatologie c'est :



1

Québec

SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) a été mis à jour en 2008 et énonce des objectifs au regard des traumatismes non intentionnels :

- **Sécurité routière**
 - Réduire de 30 % la mortalité et la morbidité chez les usagers du réseau routier;
 - Réduire la mortalité et la morbidité chez les conducteurs de véhicules hors route.
- **Chutes et blessures à domicile**
 - Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
- **Traumatismes récréatifs ou sportifs**
 - Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liée aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Le plan d'action régional de santé publique 2009-2012 énonce quant à lui les objectifs régionaux suivants regroupés par groupe d'âges afin de faciliter le travail de l'Agence et des CSSS. Certains de ces objectifs identifiés en gras dans le texte sont repris dans le Plan d'action régional de traumatologie 2009-2012 :

- **0–5 ans :**
 - Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures;
 - **Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents notamment les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.**
- **6–17 ans :**
 - **Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles;**
 - Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping;
 - **Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés (ministères concernés, centres de ski, coroners, etc.).**
- **Adultes et personnes âgées :**
 - **Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires concernés, notamment :**
 - **en contribuant à l'identification des endroits dangereux;**
 - **en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier;**
 - en favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies incluant les véhicules hors route;
 - en favorisant le port d'équipement de protection – ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route;

- **en favorisant le transport actif sécuritaire (par exemple, sécurité du réseau cyclable et piétonnier);**
- en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.
- Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.
- **Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés.**
- **Soutien au Programme *Debout!* de prévention des chutes pour les personnes de 50 ans et plus vivant à domicile.**
- **Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet non personnalisé (ex. : P.I.E.D.)**
- **Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute - volet personnalisé.**

Sécurité routière

Rappelons qu'en 2008, 557 décès ont été enregistrés sur les routes du Québec. Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec le nombre de décès est de 67 soit 12 % des décès enregistrés au Québec. Alors que le nombre de décès sur les routes est en baisse de 14 % depuis 2004 au Québec, on constate une hausse de 3 % dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

L'année 2007 a été déclarée l'**Année de la sécurité routière** au Québec. Le ministère des Transports, de concert avec ses partenaires, dont la **Table de la sécurité routière**, la Société de l'assurance automobile du Québec, les contrôleurs routiers et les services policiers, ont réalisé durant toute cette année diverses actions de sensibilisation, de mobilisation et d'adhésion afin de susciter le consensus essentiel à l'atteinte de résultats concrets et probants au regard des objectifs de réduction du bilan routier.

Découlant des travaux de la Table de la sécurité routière, le gouvernement a mis en place six actions prioritaires :

- Mesures plus sévères pour contrer la vitesse excessive;
- Mesures plus sévères pour contrer l'alcool au volant;
- Projet pilote de radars photographiques et de caméras aux feux rouges à certains endroits;
- Interdiction pour le conducteur d'utiliser le téléphone cellulaire (combiné) au volant d'un véhicule en mouvement;
- Introduction des limiteurs de vitesse à 105 km/h pour les camions lourds;
- Obligation pour les nouveaux conducteurs de suivre un cours de conduite et introduction de nouvelles mesures d'accès graduelles au permis de conduire.

Au cours des derniers mois, un projet de loi modifiant la limite de 0,08 à 0,05 concernant l'alcool au volant, une tolérance « zéro » pour les conducteurs de 21 ans et moins, des sanctions plus sévères contre les courses de rue et le *car surfing* de même que le port du casque de vélo obligatoire pour les 12 ans et moins a été déposé. Rappelons aussi, l'installation obligatoire de pneus d'hiver entre le 15 décembre et le 15 mars depuis décembre 2008.

Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile¹⁴

Le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile a été mis en place en 1998 en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il est issu du projet pilote expérimenté de 1996 à 1998 sur le territoire de la MRC de Mékinac. Ce projet correspondait à l'actualisation du virage promotion-prévention effectué dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

En 2004, devant l'importance du problème de santé publique que représente les chutes chez les personnes âgées et devant l'ampleur des coûts associés, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté un cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.

Tout en maintenant les activités mises en place depuis 1998 avec le Programme *Debout!* *, le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'inscrit dans la démarche provinciale. Le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) est offert par tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région Mauricie et Centre-du-Québec aux personnes de 65 ans et plus qui sont préoccupées par les chutes ou par leur équilibre : programme de groupe de 12 semaines qui vise à améliorer l'équilibre et la force des jambes des participants. La préparation de l'implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP), qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus qui ont déjà chuté et qui sont inscrites au service de Soutien à domicile, est en cours.

Il est à noter que les trois programmes du Service de prévention des chutes s'adressent aux personnes qui vivent à domicile. Le domicile peut être une maison, un appartement ou une chambre. L'appartement ou la chambre peut faire partie d'une résidence privée pour personnes âgées.

***Programme Debout!**

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile;
- habiliter les aînés à identifier les risques potentiels de chutes;
- favoriser l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes;
- favoriser la réalisation d'adaptations mineures du domicile;
- travailler à ce que les aînés, individuellement et collectivement, exercent un meilleur contrôle sur leur santé ainsi que sur les facteurs de risque de chutes;
- travailler à influencer et à transformer les politiques publiques pour une plus grande sécurité des aînés.

Prévention de la sécurité lors d'activités récréatives et de loisirs

Selon le Programme national de santé publique, environ 20 % des traumatismes avec blessures surviennent dans les lieux de loisirs ou de sports.

Le comité intersectoriel sur la sécurité dans les milieux de vie a publié en avril 1999 le Guide à l'intention des municipalités du Québec sur la sécurité dans les milieux de vie. La prévention de la sécurité dans les différents milieux de vie est la responsabilité des municipalités. On retrouve des objectifs de prévention dans le cadre de la Politique familiale adoptée par plusieurs municipalités.

Diverses activités de promotion sont organisées à chaque année afin de promouvoir cet aspect (port du casque de vélo, inspection des systèmes de retenue d'enfants, etc.).

¹⁴ Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec *Le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile : Bilan après 2 années de régionalisation*, Serge Nadeau, 2006.

Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est diagnostiqué surtout chez des enfants de 0 à 12 mois et, plus rarement, jusqu'à l'âge de 5 ans. Les nourrissons, soit les victimes les plus nombreuses du SBS, sont particulièrement vulnérables si l'on tient compte des conséquences de ce syndrome sur leur développement physique, sur leur immaturité neurologique et sur les caractéristiques de leur cerveau. La majorité des bébés survivant au SBS auront d'ailleurs des séquelles permanentes comme la quadriplégie, l'hémiplésie, l'épilepsie, la cécité et des retards moteurs ou de langage. D'autres conséquences, tels des troubles comportementaux ou cognitifs, peuvent se manifester plus tard et perdurer.

Les facteurs de risque liés au SBS regroupent les mêmes agents stressants, sur les plans individuel, familial et environnemental, que ceux associés aux autres formes de maltraitance infligées à l'enfant. Cependant, le SBS peut aussi survenir au sein de familles sans antécédents de violence ou ne présentant aucun autre facteur de risque apparent, d'où l'importance, en matière de prévention, de s'adresser à l'ensemble des parents.¹⁵ Cette problématique particulière demande une approche concertée allant de la prévention-promotion dès la période prénatale (information-sensibilisation des parents), au repérage et au diagnostic lorsqu'un événement s'est produit (information-sensibilisation du milieu de la santé) jusqu'à la prise en charge en réadaptation spécialisée lorsque les séquelles sont importantes.

Quelques activités ont été organisées au cours de l'année 2009 visant l'amorce d'une approche régionale. Une présentation du projet de recherche du CHU Sainte-Justine a été faite au comité régional de traumatologie et une rencontre avec le comité tactique 0-5 ans (Priorités-SIPPE) a aussi été réalisée. De plus, l'Agence s'est procurée la « Trousse de sensibilisation aux mauvais traitements physiques et psychologiques envers les jeunes enfants » réalisée par le Centre de communication en santé mentale (CECOM) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Dans le contexte des réseaux locaux de services et des principes de responsabilité populationnelle, les CSSS offrent déjà des services visant à répondre aux besoins des enfants et des parents, notamment aux besoins liés à l'exercice du rôle parental. L'Agence vise à sensibiliser les CSSS et le CHRTR à l'importance de la concertation dans l'approche de cette problématique au cours des trois prochaines années. Elle souhaite mobiliser les CSSS et le CHRTR dans la mise en place d'activités d'information destinées aux parents dès la période prénatale, avant le retour à domicile à la suite de l'accouchement et au cours du suivi postnatal systématique ainsi que d'activités de formation pour les intervenants. Une collaboration entre la Direction de la santé publique et le comité régional de traumatologie est donc prévue dans le plan d'action régional de traumatologie 2009-2012.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité 2008-2018*, Gouvernement du Québec, 2008

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En décembre 2000, le comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence dépose un rapport présentant quatre-vingt-dix-sept recommandations qui guideront les actions à poser pour améliorer la chaîne d'intervention préhospitalière.

Il propose donc d'entrée de jeu, les différents maillons de cette chaîne d'intervention préhospitalière.¹⁶

Encadrement médical					
Premiers répondants	Centre d'appel 9-1-1	Centre de communication santé (CCSMCQ)	Premiers répondants	Services ambulanciers	Établissements receveurs
⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	

Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction des standards reconnus.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est mobilisée afin d'actualiser les différentes recommandations et assurer le bon fonctionnement de tous les maillons de la chaîne.

Premiers intervenants

Le premier intervenant est la personne qui enclenche l'intervention structurée du système préhospitalier. Premier arrivé sur le site d'un incident, il active le premier maillon de la chaîne. L'efficacité de ses actions permet d'augmenter l'efficacité et la rapidité de réponse et par conséquent, contribue à réduire la mortalité et la morbidité reliées aux traumatismes.

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

Cela commande des solutions ciblées pour améliorer la perception de la population face à la notion d'urgence et à l'intervention dans une telle situation. L'Agence se préoccupe de la faiblesse de ce maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière. Il est primordial de sensibiliser les citoyens à l'importance de porter secours et d'alerter le système préhospitalier d'urgence en plus d'améliorer la connaissance en matière de premiers soins. L'Agence désire promouvoir l'importance de la formation de premiers soins auprès des instances concernés (Ambulance St-Jean, Gardien averti, Secouriste en milieu de travail, etc.).

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Urgences préhospitalière : Un système à mettre en place, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence*, décembre 2000

Centres primaires 911

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

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, quatre centres primaires 911 (Trois-Rivières, CLR, CAUCA, Lévis – pour les réserves indiennes Odanak et Wolinak) desservent l'ensemble des municipalités de la région, donc 100 % de la population est couverte. Des protocoles d'entente entre les centres primaires 911 et le centre de communication santé ont été signés afin d'harmoniser les façons de faire. Toutefois, des actions doivent être posées pour une meilleure application de ces protocoles, car le transfert des appels vers le CCS n'est pas uniforme dans toute la région.

Centre de communication santé

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

La région est desservie par un seul CCS localisé à Trois-Rivières. Le Médical Priority Dispatch System (MPDS) est utilisé pour le tri des appels urgents. De plus, le centre utilise la répartition assistée par ordinateur (RAO) pour supporter, entre autres, le MPDS.

Un programme d'assurance qualité est en place de façon à s'assurer que les répartiteurs répondent de façon conforme aux protocoles existants. Le centre de communication santé de la région a reçu son accréditation comme centre d'excellence le 26 mars 2007. Le renouvellement de cette accréditation est prévu d'ici janvier 2011.

Premiers répondants

Les premiers répondants sont des intervenants formés et désignés pour intervenir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels préétablis et cela à l'intérieur de la chaîne d'intervention préhospitalière. L'affectation des premiers répondants est faite par le biais du centre de communication santé. À titre de première personne sur les lieux d'une intervention, le premier répondant a la responsabilité majeure de stabiliser et de prévenir la détérioration de la condition de la victime en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. À leur arrivée, les premiers répondants leur transfèrent la responsabilité des soins et les assistent, si nécessaire.

Il est bien reconnu que lors de situations d'urgences vitales, la compression des délais d'intervention est un élément clé dans la réduction de la morbidité et de la mortalité, par exemple lors de traumatismes graves et d'arrêts cardiorespiratoires.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 28 municipalités ont des services de premiers répondants (PR) majoritairement en milieu rural selon les orientations prises par l'Agence. Au total, on compte 231 premiers répondants.

Un protocole tripartite entre l'Agence, les municipalités qui possèdent un service de premier répondant et les entreprises ambulancières concernées, spécifie les rôles et les responsabilités de chacune des parties à l'égard de ce maillon de la chaîne préhospitalière. Les préoccupations de l'Agence pour les années à venir sont : la consolidation des équipes des premiers répondants, le maintien des compétences cliniques de ces derniers, la collaboration avec les partenaires concernés et l'encadrement des nouvelles municipalités souhaitant développer un service de premiers répondants.

Services ambulanciers

Les services ambulanciers représentent le maillon du continuum qui assure la prestation des soins préhospitaliers d'urgence par l'utilisation du transport terrestre (ambulance), lequel concerne principalement les entreprises ambulancières et les techniciens ambulanciers paramédics de même que le transport sanitaire aérien qui utilise les services des avions gouvernementaux, les centres hospitaliers et le personnel médical, etc.

Depuis le printemps 2009, une première cohorte de techniciens ambulanciers paramédics a terminé sa formation en Soins préhospitaliers d'urgence (DEC de 2 745 heures). Les entreprises ambulancières de la région ont embauché 10 TAP qui ont reçu cette formation. Également, deux collèges de la région soit le Collège de Shawinigan (février 2009) et le Collège Ellis de Drummondville (septembre 2009) ont débuté des formations en Techniques ambulancières (AEC de 945 heures). Ceci facilitera sûrement le recrutement et la rétention régionale.

L'Agence est responsable d'accorder le permis d'opération de service d'ambulances aux entreprises ambulancières pour un territoire donné (zone ambulancière) et s'occupe de faire un contingentement dans les régions où le nombre d'ambulances est suffisant. Les agences s'occupent aussi de fournir une carte (permis) aux techniciens ambulanciers paramédics qui répondent aux critères d'admissibilité. Le MSSS est en train de préparer un registre national (portail sur le Web) afin que tous les TAP autorisés à pratiquer y soient inscrits pour faciliter l'accès aux renseignements (entre autres, la formation). Ce portail Web permettra à toutes les Agences du Québec de mieux suivre la cohorte des TAP au Québec.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte au 31 mars 2009 douze entreprises ambulancières totalisant 361 TAP (185 à temps complet et 176 à temps partiel). L'Agence a conçu et mis en œuvre un programme d'assurance qualité et de maintien de la compétence pour les techniciens ambulanciers paramédics par une formation continue.

Notre région est reconnue pour sa formation continue qui vise le rehaussement des compétences et la mise en application des plus récentes technologies. Cette formation se fait à deux niveaux : en entreprise, pour permettre de corriger des lacunes dans l'application des protocoles, et de façon magistrale pour l'enseignement des nouveaux protocoles provinciaux.

En traumatologie, le temps d'intervention est un facteur crucial. Pour aider à diminuer le temps avant de porter secours aux traumatisés, les responsables des services préhospitaliers sont à mettre sur pied, en zone urbaine, le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers. Ce déploiement, couplé aux procédures d'affectation unifiées appliquées par le centre de communication santé, contribue à restreindre l'attente des secours pour les traumatisés.

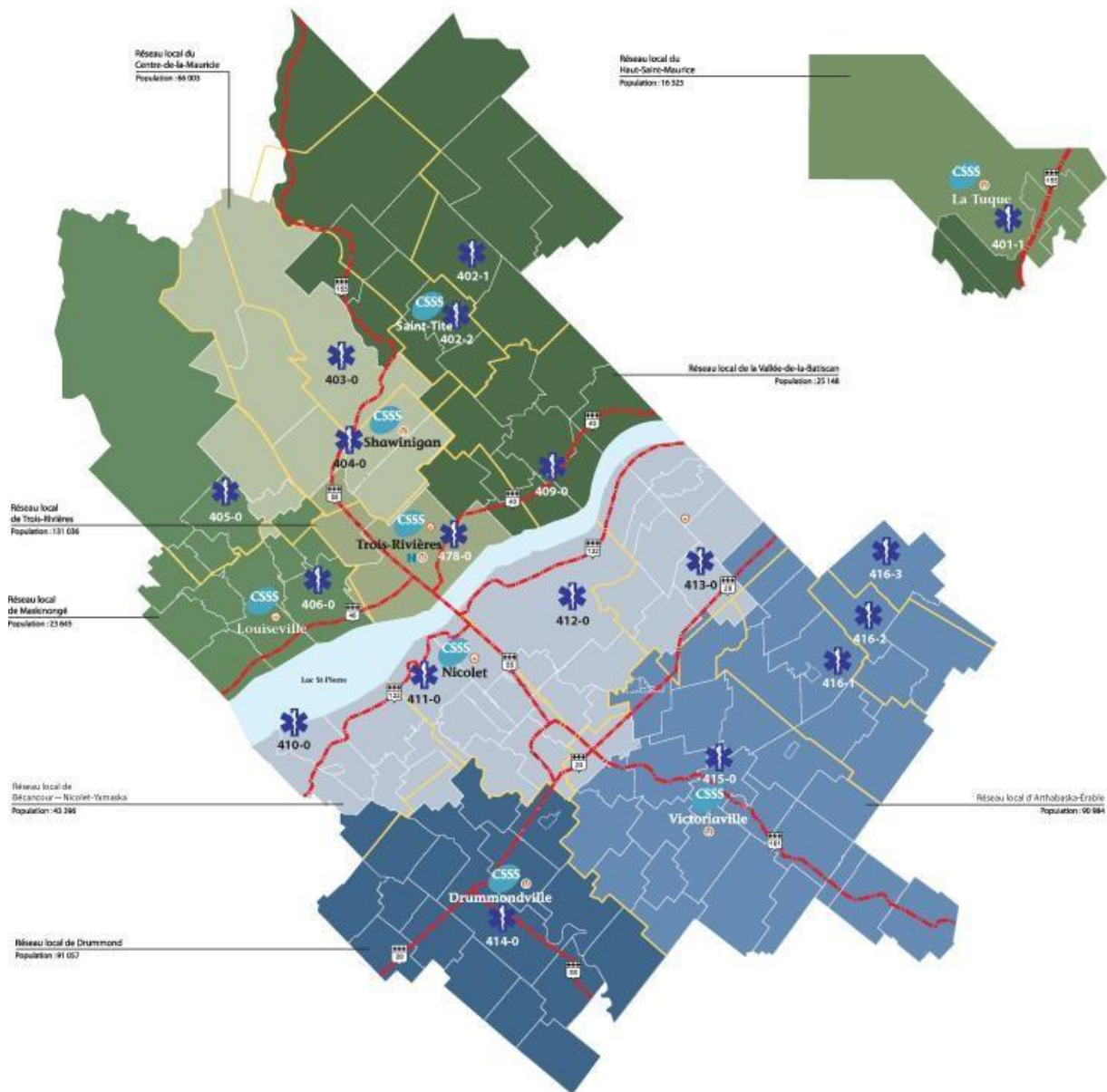
Une analyse annuelle est effectuée afin d'améliorer la charge de travail des techniciens ambulanciers paramédics en s'assurant, entre autres, que le nombre de véhicules disponibles est optimal.

L'Agence entend d'ici mars 2011, revoir son plan d'organisation régional des services préhospitaliers d'urgence, notamment par la mise en place graduelle en ciblant le milieu urbain, du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers en lien avec les responsabilités d'affectation prioritaires du CCS. De cette façon, on vise à :

- réduire les délais d'intervention pour les personnes en détresse;
- positionner les véhicules ambulanciers aux endroits stratégiques;
- affecter le véhicule ambulancier le plus près possible de l'accident ou de la personne en détresse;
- augmenter l'exposition des techniciens ambulanciers paramédics à intervenir rapidement.

Le schéma de la page suivante représente la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Légende

Urgence

Majeure

Moins

CHIR

H

Centre de santé et de services sociaux



- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable

Zone d'entreprises ambulancières



- 401-1: Ambulance BTAD
- 402-1: Ambulance St-Amant et fils Ltée
- 402-2: Ambulance 33-33 Inc.
- 403-0: Ambulance 22-22
- 404-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)
- 405-0: Ambulance S.A.M.U. Ltée
- 406-0: Ambulance 0911 Inc.
- 409-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)
- 410-0: Ambulance du Bas St-François Inc.
- 411-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)
- 412-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)
- 413-0: Gestion J. Claude Soucy Inc.
- 414-0: Deservem Inc.
- 415-0: Urgence Bois-Francs Inc.
- 416-1: Urgence Bois-Francs Inc.
- 416-2: Ambulance Jacques Couture Inc.
- 416-3: Ambulance Lyette Inc.
- 478-0: Coopérative des Ambulanciers de la Mauricie (CAM)

Point de service

- La Tuque
- Ste-Thérèse
- Saint-Tite
- Grand-Rhône
- Shawinigan
- Saint-Paulin
- Louiseville
- Batiscan
- Pierreville
- Nicolet
- Bécancour
- Manseau
- Drummondville
- Victoriaville
- Plaisanceville
- Laurierville
- Lyster
- Trois-Rivières



SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

(SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)

Suite à la démarche entreprise en 2004, l'Agence a supervisé l'implantation des réseaux locaux de services. Concrètement, cela représente huit réseaux locaux de services, cinq établissements à vocation régionale dont le CHRTR et le CR InterVal et deux CHSLD conventionnés privés.

- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska
- CSSS Drummond
- CSSS de l'Énergie
- CSSS de Maskinongé
- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- CSSS de Trois-Rivières
- CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Des ententes d'organisation de services doivent être signées entre les huit instances locales et les établissements régionaux et doivent tenir compte des orientations ministérielles et régionales, des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, des missions et expertise de chaque établissement concerné ainsi que des réalités et dynamiques présentes dans chaque territoire local.

L'élaboration des projets cliniques constitue une opportunité de contribuer à la mise à jour des continuums de services intégrés en traumatologie.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, neuf établissements possèdent une salle d'urgence 24/7 recevant des ambulances, dont quatre d'entre eux sont des centres désignés en traumatologie. Ces centres ont fait l'objet de recommandations lors des visites du Groupe conseil de novembre 2003 et la plupart des recommandations ont été actualisées.

Corridors de services

Suite aux visites du Groupe conseil en traumatologie, le comité régional de traumatologie a priorisé les corridors de services entre les centres de traumatologie primaires et secondaires et le centre régional de neurotraumatologie. Concrètement, l'analyse des transferts interétablissements régionaux démontre une nette amélioration de l'efficacité des corridors de transferts.

De plus, la plupart des ententes de transfert interrégionales en traumatologie ont été signées sauf l'entente entre le CHRTR et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour les victimes de blessures médullaires. Un objectif a été inclus dans le plan d'action 2009-2012 du Plan directeur régional en traumatologie.

Transport ambulancier des victimes de traumatisme

Le Groupe conseil en traumatologie a demandé à l'Agence de travailler sur le découpage géographique de la région et le transport ambulancier des victimes de traumatisme (neurotraumatisme, polytraumatisme et monotraumatisme), présentant l'un ou les symptômes suivants : altération de l'état de conscience, « P » ou « U » à l'appréciation par les services préhospitaliers d'urgence. Ce découpage permet de diminuer le temps de transport des patients ayant subi un traumatisme, crânien ou autre, vers le centre où le patient recevra les meilleurs soins en rapport avec les blessures provoquées par son traumatisme. La démarche entre dans sa phase finale d'implantation et devrait être terminée d'ici le 30 janvier 2010.

Le tableau suivant permet de constater l'amélioration, depuis 2004, des transferts régionaux vers le CHRTR, centre secondaire régional.

Nombre et provenance des transferts reçus au CHRTR

Provenances les plus fréquentes	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
CSSS de l'Énergie	66	68	117	112	121
CSSS du Haut-Saint-Maurice	49	56	54	42	44
CSSS de Maskinongé	44	34	25	53	39
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska	41	25	43	53	37
CSSS de Trois-Rivières	45	35	34	29	32
CSSS Drummond	18	23	19	32	38
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	26	26	17	39	33
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	2	1	3	2	8
TOTAL	291	268	312	362	352

Source : Registre des traumatismes

Registre des traumatismes

Le Registre des traumatismes est la base de données permettant aux établissements de se comparer entre eux et à la RAMQ de présenter des analyses provinciales. De plus, c'est une source d'informations importantes pour permettre une meilleure connaissance de la clientèle victime de traumatismes. Les quatre établissements de la région complètent la saisie de données en temps réel. Un nouveau cadre normatif devrait entrer en vigueur prochainement.

Le comité régional de traumatologie analyse annuellement deux tableaux de bord issus du Registre des traumatismes. De plus, le plan d'action 2009-2012 du plan directeur régional inclut un objectif afin de s'assurer de la conformité de la saisie de données régionales notamment en ce qui concerne les décès, la mesure de l'IPT et la mesure de Glasgow.

Effectifs médicaux en neurochirurgie

La région a fait énormément d'efforts au cours des dernières années afin d'améliorer le nombre de neurochirurgiens disponibles. En décembre 2000, il n'y avait qu'un seul neurochirurgien au CHRTR. Le nombre est passé à deux en septembre 2002, à trois en septembre 2004 et à quatre en août 2007. Tous ces ajouts permettent de consolider le mandat du CHRTR en neurotraumatisme.

Repérage de la clientèle traumatisée

Le repérage de clientèle traumatisée demande que des outils soient mis en place pour agir efficacement. La SAAQ finance le programme de « Prise en charge rapide » dans les établissements de traumatologie secondaire et tertiaire du réseau québécois depuis 2000. Ceci représente 31 établissements à l'heure actuelle. Le CHRTR, le CSSS Drummond et le CSSS d'Athabaska-et-de-l'Érable ont le programme de Prise en charge rapide.

Clientèle TCC et mesure de Glasgow à l'urgence

Concernant la clientèle TCC, un des gestes importants à être posé à l'urgence est la mesure de Glasgow. C'est un élément diagnostique incontournable. La performance des urgences des établissements de la région est inégale.

Secteur	2007-2008					2008-2009				
	Nombre TCC	GSC fait à l'urgence	GCS total	GCS incomplet	GCS manquant à l'urgence	Nombre TCC	GSC fait à l'urgence	GCS total	GCS incomplet	GCS manquant à l'urgence
CSSS du Haut-Saint-Maurice	5	5	5	-	-	3	3	1	-	2
CSSS Drummond	25	17	14	1	2	42	37	29	-	8
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	53	45	40	1	4	30	26	25	-	1
CHRTR	164	125	99	2	24	143	105	79	3	23

Source : Registre des traumatismes

- ❖ GCS total : à partir du nombre de cas inscrits, pour chaque occurrence de l'élément « blessure à la tête » (toutes les blessures à la tête sauf les traumatismes superficiels au cuir chevelu et les pertes de conscience), l'élément « Code Glasgow Coma Scale » « GSC » est présent.
- ❖ GCS incomplet : à partir du nombre de cas inscrits, pour chaque occurrence de l'élément « blessure à la tête » (toutes les blessures à la tête sauf les traumatismes superficiels au cuir chevelu et les pertes de conscience), l'élément « Code Glasgow Coma Scale » « GSC » est vide puisque une ou deux valeurs nécessaires au calcul du GSC « Ouverture des yeux », Réponse motrice », et « Réponse verbale » sont incomplètes.
- ❖ GCS manquant à l'urgence : à partir du nombre de cas inscrits, pour chaque occurrence de l'élément « blessure à la tête » (toutes les blessures à la tête sauf les traumatismes superficiels au cuir chevelu et les pertes de conscience), l'élément « Code Glasgow Coma Scale » « GSC » est absent.

Lorsqu'il existe une différence entre le nombre de TCC et le nombre de Glasgow à l'urgence, c'est que ces cas ne sont pas passés par l'urgence et que les diagnostics ont été posés ailleurs qu'à l'urgence.

Donc, pour l'ensemble de la région Mauricie et Centre-du-Québec, le nombre de Glasgow total identifié à l'urgence est de 78 % en 2008-2009 alors qu'il était de 82 % l'année précédente. Beaucoup de questionnements sont soulevés par rapport à cette mesure du Registre des traumatismes. Un objectif visant à s'assurer de la conformité de la saisie des données dans les établissements a été inclus dans le plan d'action 2009-2012.

Système informatisé en traumatologie

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été choisie comme site pilote afin de contribuer à l'actualisation de la page WEB du site informatisé. Tel que déjà mentionné, la démarche régionale est maintenant presque complétée et devrait se terminer en février 2010. Cependant, il persiste une difficulté au niveau de la recommandation visant la fermeture des soins intensifs au CHRTR. Plusieurs tentatives ont été faites afin d'assurer la couverture médicale nécessaire à la fermeture des soins intensifs. Actuellement, une équipe d'intensivistes est active à temps partiel. Cependant, la fermeture complète de l'USI ne saurait être totalement effective avant deux ans.

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), de par le mandat qu'elle reçoit du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), élabore des indicateurs visant à maintenir et à améliorer la performance de l'ensemble des maillons du CST, et veille à l'atteinte de cet objectif.

Afin de documenter et d'évaluer de façon continue le niveau d'atteinte des indicateurs de performance déterminés pour chacun des maillons, un outil d'évaluation informatisé a été élaboré. Cet outil est hébergé dans un site Web qui comporte une section sécurisée accessible seulement aux partenaires du réseau de traumatologie et de la santé et des services sociaux. Cette section contient notamment les indicateurs ainsi que les niveaux d'atteinte des objectifs. Une section générale, accessible au grand public, regroupe aussi des informations sur la traumatologie et sur les intervenants du CST.

Les objectifs du site Web sont principalement d'améliorer l'efficacité et l'efficience du CST par :

- l'amélioration continue de la qualité des services offerts;
- le suivi en temps réel des activités des 14 maillons du CST et du développement des interfaces assurant l'intégration des services;
- l'évaluation, à partir d'indicateurs et de normes reconnues et validées, de la performance de chacun des 14 maillons du CST;
- les interventions comme vecteur de normalisation et d'uniformisation du Continuum de services en traumatologie.¹⁷

¹⁷ Continuum de services en traumatologie, Gouvernement du Québec, 2010

SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

Le Centre de réadaptation InterVal assure la mission régionale de centre de réadaptation en déficience physique.

Selon son plan d'organisation 2006-2009¹⁸ révisé en 2006 et mis à jour en 2009, le Centre de réadaptation InterVal assure des services aux personnes ayant une déficience motrice, une déficience du langage et de la parole, une déficience auditive ou une déficience visuelle.

L'organisation des services est la suivante :

- les services de réadaptation en déficience visuelle sont assumés par une seule équipe régionale avec une déconcentration maximale des services dans le milieu de vie de la personne;
- les services de réadaptation en déficience auditive sont assumés par une seule équipe régionale;
- les services de réadaptation pour les enfants présentant une déficience du langage sont assurés dans quatre territoires sous-régionaux : Trois-Rivières, Drummondville, Shawinigan et Victoriaville avec des corridors de services avec les CSSS limitrophes;
- les services aux enfants ayant une déficience motrice et ceux aux adultes font partie de deux programmes distincts. De plus, les services doivent continuer d'être décentralisés dans les quatre territoires sous-régionaux avec des corridors de services avec les CSSS limitrophes;
- dans son volet régional, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), située à Trois-Rivières, reçoit la clientèle des grands brûlés, des traumatisés craniocérébraux, des blessés médullaires, des amputés du membre inférieur et des personnes ayant des blessures orthopédiques graves. Ces clientèles sont reçues sur une base externe dans chacun des points de service (Drummondville, Shawinigan, Trois-Rivières, Victoriaville);
- l'entente avec la SAAQ concernant les services de réadaptation en traumatologie, pour les personnes qui, suite à un accident de la route, ont un traumatisme au niveau craniocérébral, au niveau de la moelle épinière ou des blessures orthopédiques graves, demandent un suivi particulier et une équipe qui œuvre spécifiquement en traumatologie. Les personnes, qui ont ce genre de traumatismes dans un autre type d'accident, sont aussi intégrées dans ce programme clientèle distinct;
- depuis septembre 2001, une clinique spécialisée dans le traitement et la réduction de la spasticité causée par des affections neurologiques diverses est en opération. Sous la responsabilité du physiatre, une équipe multidisciplinaire offre aux usagers de tous âges des services à partir de Trois-Rivières;
- la gestion des programmes de la RAMQ concernant les aides de suppléances à la mobilité (attribution et réparation des fauteuils roulants, aide au déplacement, orthèses) fait l'objet d'un programme distinct avec une gestion centralisée à Trois-Rivières. Des plateaux techniques sont actifs dans les points de service;

¹⁸ Centre de réadaptation InterVal, *Plan d'organisation 2006-2009*, mai 2006, mise à jour 2009

- le Centre de réadaptation InterVal offre depuis février 2002 un service spécialisé d'évaluation des capacités à conduire un véhicule automobile intégrant un volet d'adaptation du véhicule s'il y a lieu.

Les modifications législatives et les besoins de réadaptation de la population des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec posent les objectifs suivants :

- compléter la signature des premières ententes de collaboration avec les CSSS et les établissements à vocation régionale et en assurer leur révision;
- favoriser une application harmonieuse de l'entente de services de réadaptation avec la SAAQ;
- s'assurer de l'implantation, du suivi et de l'évaluation du plan d'accès aux services en matière d'accessibilité et de continuité;
- finaliser l'offre de service régionale pour les orthèses et les prothèses.

D'autres objectifs sont aussi identifiés dans la section sur les clientèles particulières.

SERVICES DE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE

Selon les besoins de la clientèle traumatisée, il arrive fréquemment que des établissements ou organismes doivent être impliqués pour maintenir la personne dans un milieu de vie optimal. On parle ici des services de réadaptation de 1^{ère} ligne, des organismes communautaires, des services de soutien à domicile, des services psychosociaux, des services d'adaptation du domicile et des services d'hébergement.

Services de réadaptation de première ligne

Les clients victimes de traumatismes ont accès aux cliniques de physiothérapie situées dans les établissements publics ou aux cliniques de physiothérapie privées. Cependant, l'accessibilité au secteur public étant restreint, des critères rigoureux de priorisation de la clientèle sont appliqués et les délais d'attente sont longs. Les cliniques privées ont une accessibilité immédiate, mais ceci implique que la personne possède une assurance privée ou a les moyens financiers de payer ces services. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est une région vieillissante et le revenu moyen est sous la moyenne provinciale. On peut donc penser qu'il est difficile pour une partie de la population d'avoir accès aux services de réadaptation de première ligne au moment opportun.

Deux cliniques musculosquelettiques sont en place dans la région. Au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, la clinique existe depuis juillet 2007, mais toujours sous la forme de projet pilote. Au CHRTR, la clinique a vu le jour en novembre 2008. Ces cliniques permettent de voir rapidement la clientèle d'orthopédie et facilitent l'accès aux services de première ligne.

Organismes communautaires

En 2009, on recensait 247 organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux sur l'ensemble du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. De ce nombre, certains sont interpellés par les victimes de traumatismes. Ce sont les organismes communautaires en déficience intellectuelle, multiple ou physique, maintien à domicile, santé mentale et santé physique.

Mentionnons plus particulièrement les liens importants de l'Association des traumatisés craniocérébraux Mauricie et Centre-du-Québec qui fait partie des différents consortiums pour les personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral.

Services de soutien à domicile et services psychosociaux

L'ensemble des huit réseaux locaux de santé offre les services de soutien à domicile et des services psychosociaux accessibles à l'ensemble de la population. Les services couvrent différents services courants dont l'Accueil-Évaluation-Orientation (AÉO) de la personne vers les services appropriés, l'Info-Social et la consultation psychosociale individuelle.¹⁹

Dans le but d'améliorer la rapidité d'accès aux services spécifiques, les activités d'Accueil-Évaluation-Orientation ont été modifiées dans certains CSSS afin que l'évaluation soit plus approfondie lors de la demande de services et permette de supporter l'élaboration d'un plan d'intervention et de référer la personne plus rapidement aux services spécifiques qu'elle requiert.

Le service régional Info-Santé/Info-Social, dont le mandataire est le CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska, assure la réponse téléphonique 24 heures par jour/7 jours par semaine par la ligne 811. En 2008-2009, ce service a répondu à 14 627 appels pour des lésions traumatiques pour une durée moyenne d'interventions de 15 minutes. Au début de l'année 2010, un contact est prévu avec ce service afin de diffuser les aspects d'évaluation et de prévention concernant la clientèle victime d'un traumatisme craniocérébral léger.

Concernant la clientèle victime de traumatismes craniocérébraux graves, une démarche (Projet TCC) est en cours afin d'informer les CSSS sur la problématique à long terme des TCC modérés ou graves et de mettre sur pied un projet pilote visant l'implication des CSSS dans le maintien des acquis des personnes victimes d'un TCC modéré ou grave.

Programmes d'adaptation du domicile

La Société d'habitation du Québec (SHQ) gère un **Programme d'adaptation du domicile** qui permet à un propriétaire de bénéficier d'une aide financière pour payer les coûts des travaux d'adaptation nécessaires à une habitation. Les personnes admissibles peuvent être locataires, propriétaires-bailleurs ou propriétaires-occupants. Ce sont les montants admissibles qui diffèrent selon le cas. Dans tous les cas, les personnes ne doivent pas être admissibles à l'aide financière prévue pour l'adaptation de domicile en vertu des régimes d'assurance de la SAAQ ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Ce programme sollicite donc l'évaluation d'un ergothérapeute et la participation d'un mandataire identifié par une municipalité ou une municipalité régionale de comté.

Depuis octobre 2009, de nouvelles normes sont en application, permettant une accessibilité accrue (résidences pour personnes âgées de 9 personnes et moins), une meilleure gestion des listes d'attente et une aide financière améliorée.

¹⁹ Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, 2009

Les listes d'attente sont maintenant gérées par les mandataires. L'attente pour obtenir l'aide financière est de beaucoup réduite.

Par contre, il existe des disparités régionales dans l'attente d'un inspecteur (mandataire) probablement en lien avec le bassin de population et d'un ergothérapeute selon les établissements. Tous les mandataires appliquent maintenant la procédure allégée avec possibilité de vérification, à posteriori, par la SHQ.

Services d'hébergement

Lorsque les personnes victimes de traumatisme demeurent avec des séquelles importantes que ce soit au niveau physique, intellectuel ou psychologique, l'hébergement dans un milieu de vie substitut peut être la seule alternative. La problématique de l'hébergement pour les personnes présentant un trouble de comportement grave est une préoccupation provinciale et la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec n'échappe pas à cette réalité.

Un sondage réalisé à l'automne 2004 démontre que 55 personnes présentant des séquelles de traumatisme craniocérébral étaient hébergées en CHSLD (25 personnes) ou en ressources non institutionnelles (RNI) (29 personnes). Des personnes hébergées en RNI, (19) se retrouvent dans le secteur de la santé mentale.

Un projet d'hébergement de type communautaire pour les personnes présentant des séquelles de traumatisme craniocérébral a été présenté en décembre 2004 sous la responsabilité du CSSS de Trois-Rivières. Le MSSS a accepté ce projet en juin 2005, mais un problème de financement récurrent a empêché la réalisation à ce jour. Cependant, le projet est entré dans sa phase finale au cours de la dernière année et la résidence d'hébergement devrait voir le jour en juin 2011.

LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

Les clientèles particulières desservies dans le cadre de continuums de services sont :

- les personnes blessées médullaires;
- les personnes victimes de brûlures graves;
- les personnes traumatisées craniocérébrales.

Concernant la **clientèle des blessés médullaires**, un protocole de transfert entre le Centre d'expertise de l'Ouest du Québec et le Centre de réadaptation InterVal existe depuis 1998. Des discussions ont débuté concernant un protocole de retour dans la région entre le Centre d'expertise de l'Ouest pour les victimes de blessure médullaire et les établissements de la région. L'échéancier prévu est en avril 2010.

Lors de sa dernière visite, le Groupe conseil en traumatologie recommandait que le CSSS d'Athabaska-et-de-l'Érable actualise son protocole de transfert des blessés médullaires vers le Centre d'expertise de l'Est du Québec ce qui est effectif depuis le 24 mars 2008. Tous les autres établissements transfèrent la clientèle vers le Centre d'expertise de l'Ouest du Québec.

De plus, la région s'est engagée dans une réflexion afin d'offrir des services équitables à la clientèle avec une lésion médullaire non traumatique qui présente des incapacités nécessitant de la réadaptation spécialisée. Un problème d'accès au Centre d'expertise de l'Ouest demande que le Centre de réadaptation InterVal améliore l'offre de service pour cette clientèle notamment au niveau des problèmes urologiques et gastro-intestinaux.

Concernant la **clientèle victime de brûlures graves**, le MSSS a désigné deux centres d'expertise, un à l'est du Québec composé de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'IRD PQ en collaboration avec F.L.A.M. et dans l'ouest du Québec composé de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de Villa Médica en collaboration avec Entraide Grands Brûlés.

Les ententes de transfert en traumatologie ont été signées le 28 mars 2008 avec le Centre d'expertise de l'Est du Québec. Les statistiques du RTQ depuis le 1^{er} avril 2009 montrent que six victimes de brûlures graves ont bénéficié des services du Centre d'expertise de l'Est du Québec.

Une formation d'appoint a été dispensée au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable par le Centre d'expertise et devrait se poursuivre dans les trois autres établissements.

Concernant les **victimes de traumatisme craniocérébral**, plusieurs démarches ont été faites au cours des dernières années :

- désignation du consortium régional pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave;
- désignation du consortium interrégional de l'ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave;
- dépôt des orientations ministérielles concernant le traumatisme craniocérébral léger.

Le consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **adultes** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a déposé un nouveau plan d'action 2009-2012. Ce plan d'action précise les objectifs devant être poursuivis dans le consortium :

- orientation des clients TCC en fonction des corridors de services établis pour cette clientèle;
- implication des CSSS dans les mécanismes de continuité pour répondre aux besoins de la clientèle adulte victime d'un TCC modéré ou grave;
- maintien des mécanismes continus de collaboration et d'échange du consortium;
- mise en place d'un système d'information permettant d'apprécier le fonctionnement du continuum de services;
- validation de la satisfaction de la clientèle;
- disponibilité de ressources alternatives, permanentes ou temporaires pour certaines personnes traumatisées craniocérébrales, dont les problèmes cognitifs ou de comportements nécessitant un encadrement particulier;
- favoriser le partage des connaissances et le maintien des expertises;
- maintien actif de la démarche d'évaluation.

En décembre 2006, le MSSS a réalisé une nouvelle visite de désignation visant la consolidation du Consortium de la Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **adultes** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. La région a reçu une évaluation très positive et la désignation ministérielle a été officialisée le 5 août 2008.

Le consortium interrégional Montréal - Mauricie et du Centre-du-Québec offrant des services aux **enfants et adolescents** ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a été évalué en 2006 et, une nouvelle fois, en novembre 2008. La désignation ministérielle a été officialisée le 6 juillet 2009. Le plan d'action régional concernant cette clientèle vise les objectifs suivants :

- s'assurer de l'entrée de la clientèle dans le consortium par le CHU Sainte-Justine et le CHAUQ Hôpital de l'Enfant-Jésus;
- préciser la contribution des réseaux locaux de services et la complémentarité entre le CR InterVal et les CSSS;
- participer à la révision du protocole d'entente du tronc commun et du protocole d'entente régional;
- compléter une analyse annuelle des données du cheminement des usagers à travers le consortium;
- participer à l'évaluation du fonctionnement du consortium;
- évaluer annuellement l'atteinte des objectifs du plan d'évaluation régional;
- participer à l'actualisation du plan conjoint de formation,

Concernant la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger, le MSSS a déposé ses orientations ministérielles 2005-2010 en janvier 2006. La région a déposé son architecture de services en juillet 2008 et un bilan de la première année de déploiement en septembre 2009. Plusieurs activités ont été réalisées afin d'améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge des personnes ayant subi un TCC léger dans la région :

- distribution élargie des algorithmes décisionnels adulte et pédiatrique;
- formation médicale des médecins des urgences des quatre établissements avec mandat de traumatologie;
- centralisation de la démarche de dépistage au CHRTR sur référence des trois autres établissements;
- ajustements des formulaires de référence et réalisation d'un feuillet explicatif;
- rencontre des autres CSSS sans mandat de traumatologie, mais avec une urgence 24/7 : remise des orientations ministérielles, formation sur les algorithmes, remise du feuillet explicatif.

Finalement, les personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence sont présentement référées au CHUM - Hôpital Notre-Dame. Le Centre d'expertise devrait faire l'objet d'une désignation officielle au cours de l'année 2010 et les ententes de transfert en traumatologie devront être signées. De plus, il existe une problématique importante de prise en charge des cas complexes de plasties de la main. Les intervenants de la région souhaitent fortement que cette clientèle soit intégrée dans les corridors de transfert avec le Centre d'expertise.

Plusieurs activités sont nécessaires afin d'actualiser les différents plans d'action en fonction des clientèles particulières et impliqueront l'Agence, l'ensemble des partenaires régionaux en traumatologie, ainsi que les partenaires des différents centres d'expertise.

FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

La formation des intervenants et le maintien des compétences sont essentiels pour s'assurer d'une intervention de qualité. Le continuum de services en traumatologie sera efficace dans la mesure où toutes les ressources impliquées ont la compétence requise pour poser les gestes dont on s'attend d'eux.

Plusieurs formations sont disponibles et offertes aux intervenants de la région impliqués dans le réseau de traumatologie.

TITRE DE LA FORMATION	INTERVENANTS VISÉS
Gestion d'une scène d'accident (10-04 3 métiers, 1 seul but)	Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics Services incendie Policiers
Actualisation provinciale en traumatologie préhospitalière	Techniciens ambulanciers paramédics
Plan d'urgence régional lors d'une catastrophe à victimes multiples	Techniciens ambulanciers paramédics CCS
Programme de formation CBRN par les intervenants santé	Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics CCS Services incendie
Formation ponctuelle en traumatologie dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics
Advanced Cardiac Life Support	Médecins d'urgence Infirmiers, infirmières
Advanced Trauma Life Support	Médecins d'urgence
Pediatric Advanced Life Support (PEDALS)	Médecins d'urgence
Formation en EDU (échographie au département de l'urgence) SCEDU	Médecins d'urgence
Soins infirmiers d'urgence I et II (UQTR)	Infirmiers et infirmières
Soins infirmiers d'urgence en traumatologie (en collaboration avec le Collège Laflèche)	Infirmiers et infirmières
Mise à jour des soins infirmiers d'urgence en traumatologie (en collaboration avec le Collège Laflèche)	Infirmiers et infirmières

TITRE DE LA FORMATION	INTERVENANTS VISÉS
Formation ponctuelle pour la reconnaissance des signes probants et l'application des Algorithmes en TCCL	Médecins Infirmiers, infirmières
Colloque régional de traumatologie	Médecins Infirmiers, infirmières CCS Premiers répondants Techniciens ambulanciers paramédics
Formation sur les évacuations aériennes	Infirmiers et infirmières (région du Haut-Saint-Maurice)
Registre des traumatismes	Archivistes médicales
Traumatisme craniocérébral léger : orientations ministérielles 2005-2010 et algorithmes décisionnels	Agence Médecins Intervenants auprès de la clientèle TCCL
Clientèle TCC : - Le traumatisme craniocérébral : évaluation psychosociale et ouverture d'un régime de protection - Comprendre et intervenir tout en favorisant la participation sociale des enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) - TCC léger : comment intervenir lorsque les symptômes sont chroniques? - Formation sur les troubles graves du comportement Clientèle blessée médullaire : - La lésion médullaire : une « fracture dans l'existence nécessitant une intervention multimodale » Clientèle victime de brûlures graves : - Prise en charge en réadaptation spécialisée des adultes ayant subi des brûlures graves - Formation médicale sur mesure Autres blessures graves : - La douleur chronique : entre le corps et l'esprit	Intervenants impliqués auprès de la clientèle victime de traumatismes (CHRT, CR InterVal, ATCC, CSSS avec mandat de traumatologie)
Formations spécifiques selon lacunes observées	Tous les intervenants impliqués en traumatologie

PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE 2009-2012 MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Mécanismes de concertation en traumatologie				
• Comité provincial de traumatologie ○ Participer au comité provincial de traumatologie s'il y a reprise des travaux	• Participation du répondant de l'Agence aux rencontres	• Nombre de rencontres • Ratio de participation	Agence MSSS	Continu
• Comité régional de traumatologie ○ Maintenir le comité régional de traumatologie en opération ○ Évaluer la possibilité que le CHRTR assume le leadership du comité régional de traumatologie	• Rencontres prévues 4 fois/année • Discussion au comité régional de traumatologie sur la faisabilité	• Nombre de rencontres annuelles • Degré de participation des membres • Décision prise	Agence Établissement Participants Comité régional de traumatologie	Continu 31 mars 2010
• Comités locaux de traumatologie ○ Maintenir les comités locaux de traumatologie en opération ○ Transmettre les procès-verbaux des comités locaux de traumatologie à l'Agence et au site WEB du FECST	• Rencontres à fréquences variables selon les établissements • Transmission des PV par chaque établissement	• Nombre de comités locaux • Nombre de rencontres annuelles par établissement • Nombre de procès-verbaux remis	Établissements Établissements	Continu Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Continuum de services en traumatologie				
Services de promotion et de prévention 0-5 ans Intégrer les activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents notamment les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité	Trousse RAPPID + remise durant la vaccination de 6 mois et aux familles suivies dans les SIPPE	Plan d'action régional de santé publique (PARSP) 2009-2012	CSSS Direction de santé publique (DSP) de l'Agence	Continu
Prévenir le syndrome du bébé secoué (maltraitance)	- Présentation de la problématique à la Table de concertation régionale en santé publique - Présentation de la problématique et du programme de l'Hôpital Sainte-Justine au comité tactique 0-5 ans - Support régional aux activités de sensibilisation et de formation	PARSP 2009-2012	CH CSSS Direction de santé publique (DSP) de l'Agence	30 juin 2010 31 décembre 2010 Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
6-17 ans Promouvoir l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux des municipalités et des écoles	- Programme École active de Kino-Québec via un soutien financier - Promotion du nouveau guide : «Ma cour, un monde de plaisir»	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique (DSP) de l'Agence	Selon l'échéancier du Plan national de santé publique
Promouvoir le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés (ministères concernés, centres de ski, coroners, etc.)	- Séance d'information (Programme Kino-Québec) - Activité de formation	PARSP 2009-2012	MELS Direction de santé publique (DSP) de l'Agence CSSS	Selon l'échéancier du Plan national de santé publique
Adultes et personnes âgées - Promouvoir l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires concernés, notamment : - en contribuant à l'identification des sites dangereux; - en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier; - en favorisant le transport actif sécuritaire pour les réseaux cyclable et piétonnier;	- Recherche et campagne de communication - Séance d'information - Promotion du transport actif dans les écoles primaires avec préoccupation de la sécurité	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique (DSP) de l'Agence CSSS Autres partenaires sectoriels	Selon l'échéancier du Plan national de santé publique Selon l'échéancier du Plan national de santé publique Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Promouvoir le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, auprès des partenaires publics et privés concernés (ministères concernés, centres de ski, coroners, etc.)	- Séance d'information via le programme Kino-Québec - Activité de formation	PARSP 2009-2012	MELS Direction de santé publique (DSP) de l'Agence CSSS	Selon l'échéancier du Plan national de santé publique
Soutenir le <i>Programme Debout!</i> de prévention des chutes pour les personnes de 50 ans et plus vivant à domicile	- Organisation et animation des rencontres de mise à jour des répondants des CSSS (deux par année) - Animation et soutien des groupes de travail régionaux - promotion - facteurs de protection - promotion et facteur de protection pour les gestionnaires de résidences privées pour personnes âgées (aménagement sécuritaire de l'environnement).	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique de l'ASSS CSSS	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	• Participation au développement d'outils régionaux de promotion et d'intervention • Réalisation de la campagne régionale de promotion du Service de prévention des chutes • Participation à l'organisation de la Journée reconnaissance pour les bénévoles			
Mesures multifactorielles de prévention des chutes – volet non personnalisé • Soutenir le Programme intégré d'équilibre dynamique, P.I.E.D., pour les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et qui sont préoccupées par les chutes ou par leur équilibre	• Organisation de la formation des intervenants des CSSS • Participation au développement d'outils régionaux de promotion • Réalisation de la campagne régionale de promotion du Service de prévention des chutes	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique de l'ASSS CSSS	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Mesures multifactorielles de prévention des chutes – volet personnalisé Soutenir l'implantation de l'intervention multifactorielle (IMP) de prévention des chutes destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute	- Participation à la réalisation d'un projet pilote d'implantation avec le CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska - Organisation de rencontres avec les gestionnaires (directeurs, chefs de programme) concernés pour déterminer les modalités d'implantation - Organisation de la formation des intervenants et gestionnaires des CSSS	PARSP 2009-2012	Direction de santé publique de l'ASSS CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska Direction de santé publique de l'ASSS CSSS Direction de santé publique de l'ASSS CSSS	2009-2011 2010-2011 2011-2012
Services préhospitaliers d'urgence S'assurer du renouvellement des protocoles d'entente entre le CCS et les centres primaires 911	Renouvellement des ententes	Nombre de protocoles d'entente signés	Agence CCS Centres 911	Continu
S'assurer du renouvellement de l'accréditation du CCS comme centre excellence	Supporter la démarche de renouvellement	Accréditation reçue	CCS	30 janvier 2011

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Favoriser l'implantation des tablettes PC informatisées dans les véhicules ambulanciers	- Poursuivre la réflexion amorcée dans ce dossier - Continuer la discussion avec la Direction des services préhospitaliers d'urgence - Démontrer le bien-fondé de cette démarche	- Comité de travail sur le sujet - Document régional déposé au MSSS	Agence CCS MSSS Comité régional de traumatologie	En fonction de la décision du MSSS
Consolider les équipes de premiers répondants existantes	- Formation de base des premiers répondants - S'assurer de la mise à jour des compétences des premiers répondants en place	- Nombre de premiers répondants ayant reçu la formation de base - Nombre de premiers répondants ayant reçu des mises à jour	Agence Municipalités	Continu
Développer de nouvelles équipes de premiers répondants par les municipalités, en collaboration avec l'Agence	Offrir le support nécessaire aux municipalités : formation et support financier	- Nombre de nouvelles municipalités accréditées - Nombre de formations offertes - Support financier alloué	Agence Municipalités	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Favoriser la coordination de tous les acteurs du préhospitalier dans la région du Haut-Saint-Maurice	- Susciter des rencontres des acteurs concernés - Actualiser l'algorithme décisionnel	- Nombre de rencontres réalisées - Algorithme révisé, connu et utilisé	Agence CSSS Haut-Saint-Maurice CCS Premiers répondants Entreprises ambulancières	Juin 2010 Avril 2011
Consolider le programme d'assurance qualité pour les premiers répondants et les techniciens ambulanciers paramédics et assurer la formation continue	Ambulanciers : - Révision de tous les dossiers IPT 4 et + et impact à haute vitesse - Développer les indicateurs de performance à évaluer - Formation en traumatologie - Rétroaction sur les dossiers évalués et formations d'appoint si nécessaire Premiers répondants : - Déterminer les indicateurs de performance et la façon de réviser les dossiers	- Nombre de cas révisés - Nombre de premiers répondants et techniciens ambulanciers formés - Indicateurs développés	Agence Entreprises ambulancières Municipalités	Continu

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	Formations d'appoint en traumatologie			
Analyser la charge de travail des techniciens ambulanciers paramédics et prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer	- Réaliser l'analyse de la charge de travail - Effectuer les demandes de priorisation au MSSS	- Nombre d'équipes de travail à l'heure - Ratio de demandes de priorisation acceptées	Agence MSSS	Continu
Mettre en place les mesures de découpage géographique concernant les victimes de neurotraumatisme	- Validation du document de travail auprès du Groupe conseil en santé physique - Avis aux Agences régionales et aux DSP des établissements recevant la clientèle - Diffusion aux titulaires de permis de la région - Diffusion aux TAP - Mise en application du découpage	- Position régionale transmise au Groupe conseil en santé physique - Nombre d'entreprises ambulancières formées	Agence Entreprises ambulancières CCS	30 janvier 2010
Services de santé physique Compléter les recommandations découlant de la visite du Groupe conseil en traumatologie en 2003	Suivi des mesures mises en place pour compléter les recommandations	Recommandations complétées	Agence Établissements	31 décembre 2009

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
- S'assurer de la conformité régionale de la saisie de données du RTQ par les archivistes : - Décès - IPT - Mesure de Glasgow	- Vérification des dossiers saisis au RTQ - Rencontre régionale des archivistes pour fins d'harmonisation	- Cueillette de données réalisées - Rencontre réalisée	Comité régional de traumatologie Établissements	31 décembre 2010
- S'assurer de la présence d'une mesure de Glasgow complète - Ambulanciers - Médecins d'urgence de tous les établissements	- Sensibilisation des ambulanciers à l'importance de la mesure de Glasgow - Mise en place de moyens techniques facilitant l'inscription de la mesure de Glasgow à l'urgence	- Pourcentage de mesure de Glasgow inscrite aux notes ambulancières - Pourcentage de mesure de Glasgow complète compilée au Registre des traumatismes	Comité régional de traumatologie Établissements	Continu
Terminer le dépôt des documents requis sur le site WEB du FECST	Dépôt des documents requis par chaque établissement et par l'Agence	Nombre d'établissements qui ont complété la démarche	Agence Établissements FECST	31 décembre 2009
Collaborer à la mise en place d'un plan de mesures d'urgence concernant la centrale nucléaire Gentilly 2 et les autres contaminants	- Formation régionale sur la prise en charge des victimes - Soutien de formation par le CHRTR aux intervenants régionaux - Suivi de la démarche de l'ASSS de Montréal sur la mise à jour	Nombre d'intervenants formés	Agence (mesures d'urgence) Établissements	30 avril 2010 Selon les besoins identifiés 31 mars 2012

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
	des mesures de décontamination en milieu hospitalier des contaminants chimiques			
Réviser régionalement le protocole de transfusion massive	- Mise en commun des différents protocoles régionaux - Prendre connaissance des protocoles déjà existants (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Hôtel-Dieu de Lévis) - Suivre l'évolution de la démarche provinciale	Rencontre de mise en commun des protocoles régionaux	Agence Établissements MSSS	31 décembre 2010
Services de réadaptation spécialisée Compléter la signature des premières ententes de collaboration entre le CR InterVal et les CSSS et les établissements à vocation régionale	Finaliser la signature de l'entente avec le CSSS de Maskinongé	Nombre de protocoles d'entente signés	CR InterVal CSSS de Maskinongé	31 décembre 2009
Assurer la révision des ententes de collaboration signées dans la première démarche	Rencontres avec les établissements	Nombre d'ententes de collaboration révisées par année	CR InterVal Établissements	31 mars 2012

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Favoriser une application harmonieuse de l'entente de services de réadaptation avec la SAAQ	- S'assurer que la circulaire 2009-06 est appliquée dans la région - Soutenir le CR InterVal et le CHRTR dans l'application de l'entente - Documenter les problèmes d'application - Assurer le suivi de la portion ministérielle du tarif prévu à la circulaire - Effectuer la reddition de comptes	- Rencontre avec les partenaires - Reddition de compte réalisée	CR InterVal CHRTR Agence MSSS	Selon l'échéancier ministériel
S'assurer de l'implantation, du suivi et de l'évaluation du plan d'accès aux services en matière d'accessibilité et de continuité	- Priorisation des critères d'accès déjà établis - Favoriser la connaissance de la clientèle de traumatologie et le partage des rôles des partenaires	- Ratio d'utilisateurs qui respectent les standards d'accès - Nombre d'ententes de collaboration intégrant les modalités d'accès	Agence CR InterVal CSSS	Annuellement 31 mars 2011

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Finaliser l'offre de service régionale pour les services d'orthèses et de prothèses	- Orthèses : locaux rénovés et installés - Prothèses : reconduction de l'entente avec le secteur privé	- Construction réalisée - Entente avec le secteur privé signée	CR InterVal	31 mars 2011
Services de maintien dans le milieu de vie Compléter la mise en place de la ressource d'hébergement de type communautaire pour la clientèle TCC	Suivre l'évolution du dossier	Ressource d'hébergement en place	Agence CSSS de Trois-Rivières	30 juin 2011
Collaborer à la mise à place de mesures de maintien des acquis pour la clientèle victime de traumatismes graves	- Faciliter la tenue d'une rencontre d'information avec les CSSS - Supporter la mise en place d'un projet pilote dans un ou des CSSS	- Rencontre réalisée - Projet pilote en place	Agence Comité de coordination du Consortium TCC modéré ou grave adulte	31 mars 2011
Les clientèles particulières Blessure médullaire - Actualiser l'offre de service régionale pour la clientèle avec une lésion médullaire non traumatique - Compléter la signature du protocole de transfert en traumatologie CHRTR-Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	- Finaliser le document de présentation régionale - Soutien aux mesures à mettre en place - Rencontre des partenaires impliqués	- Dépôt des paramètres d'organisation - Services disponibles régionalement - Protocole de transfert signé	Agence CHRTR CR InterVal Agence CHRTR HSCM	31 décembre 2009 31 mars 2011 31 mars 2010

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Compléter la signature du protocole de retour dans la région entre les établissements et le Centre d'expertise de l'Ouest pour les victimes de blessure médullaire	Rencontre des partenaires impliqués	Protocole d'entente signé	Agence CSSS CHRT CR Interval CEVBM	30 avril 2010
Brûlure grave - Compléter les formations des établissements de traumatologie régionaux par le Centre d'expertise de l'Est du Québec pour victime de brûlures graves	Démarches avec le CE de l'Est pour l'organisation des formations	Nombre d'établissements ayant reçu la formation	Comité régional de traumatologie Établissements CEVBG	31 mars 2010
Traumatisme craniocérébral modéré et grave – adultes - Actualiser le plan d'action 2009-2012 du Consortium régional des établissements offrant des services à la clientèle TCCMG adulte - Compléter une analyse régionale du cheminement de la clientèle selon les corridors de services établis - Finaliser la mise en place de mesure de maintien des acquis pour la clientèle TCCMG	- Participer à la réalisation des objectifs retenus - Demande d'extraction de données du RTQ - Réalisation d'un tableau de bord régional - Soutien à la démarche d'intervenant pivot	- Bilan annuel du plan d'action - Analyse régionale complétée - En lien avec l'objectif 8 du plan d'action	Agence CHRT CR InterVal Association TCC Agence CHRT CR InterVal Association TCC Agence CHRT CR InterVal Association TCC CSSS	Annuellement au 31 mars Annuellement 30 juin 2011

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
• Traumatisme craniocérébral modéré et grave – enfants et adolescents ○ Actualiser le plan d'action régional 2008-2011 du Consortium de l'Ouest pour les enfants et adolescents TCCMG ○ Maintenir la participation aux différents comités du Consortium de l'Ouest pour les enfants et adolescents TCCMG	• Participer à la réalisation des objectifs retenus • Participation aux comités stratégiques, directeurs, de coordination	• Bilan annuel du plan d'action • Nombre de rencontres par comité	Agence CR InterVal Consortium interrégional de l'Ouest du Québec Agence CR InterVal Consortium interrégional de l'Ouest du Québec	Annuellement Continu
○ Assurer le suivi du cheminement de la clientèle régionale selon les corridors de services établis ○ Réviser le protocole d'entente régional entre les partenaires du corridor Montréal-Mauricie et Centre-du-Québec	• Analyse des données de cheminement de clientèle • Rencontre des partenaires impliqués	• Bilan annuel du cheminement régional • Protocole d'entente révisé	Comité régional de traumatologie Comité conjoint du corridor interrégional	Annuellement 30 juin 2011

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
• Traumatisme craniocérébral léger ○ Poursuivre le déploiement régional de l'architecture de services ○ Actualiser les recommandations du MSSS de mai 2009 ○ Actualiser le plan d'action régional 2009-2010 concernant la clientèle victime de TCCL	• Actualiser la phase 2 du plan d'implantation de l'architecture régionale	• Phase 2 réalisée ○ CSSS sans mandat de traumatologie rejoint ○ Décision sur la gestion de la procédure faite	Comité de travail TCC léger Comité régional de traumatologie	30 juin 2010
	• Actualiser la phase 3 du plan d'implantation de l'architecture régionale	• Phase 3 réalisée ○ Cabinets privés de médecins et GMF ○ Milieux sportifs		30 juin 2011
	• Inclure les recommandations dans le plan d'action 2009-2010	• Bilan du plan d'action régional 2009-2010		31 juin 2010
	• Participer à la réalisation des objectifs retenus	• Bilan du plan d'action régional 2009-2010 déposé		31 juin 2010
• Réimplantation microchirurgicale d'urgence ○ Actualiser les protocoles de transferts entre les établissements régionaux et le Centre d'expertise suite à la désignation ministérielle	• Rencontre des partenaires impliqués	• Protocoles d'entente signés	Établissements Agence Centre d'expertise	Selon l'échéancier de la visite de désignation du centre d'expertise

[illegible]

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS DE SUIVI	PARTENAIRES IMPLIQUÉS	ÉCHÉANCIER
Réaliser des activités d'évaluation de programmes	- Production de tableaux de bord annuels - Production d'analyse de cheminement de clientèles à partir des données RTQ - Production de tableaux de suivis des corridors de transferts en traumatologie - Production d'un portrait des victimes de traumatismes routiers	- Tableaux produits et présentés au comité régional de traumatologie - Analyse produite et déposée - Tableaux produits et déposés au comité régional de traumatologie - Portrait régional produit	Comité régional de traumatologie	Annuellement Annuellement Biannuellement 31 mars 2010

ANNEXE 1

COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE

CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE

Comité local de traumatologie

Présidente
Directeur des services professionnels
Directeur général
Anesthésiologiste-réanimateur
Responsable des chirurgiens
Responsable du programme santé physique
Responsable du service préhospitalier d'urgence
Représentant du service de réadaptation
Chef d'équipe inhalothérapie
Coordonnateur en radiologie
Assistante-chef technicienne du laboratoire
Coordonnatrice et représentante aux archives médicales

Infirmière urgence
Représentante unité médecine/chirurgie, soins optima
Représentante bloc opératoire
Représentante services psychosociaux
Tech. adm. liste de rappel ressources humaines

M^{me} Danielle Noël
D^r Claude Bouchard (interim)
M. Guy Poudrier (interim)
D^r Nizar Errouissi
D^r Alain Desrosiers
M^{me} Danielle Noël
M. Yvan Frenette
M. Gilles Cinq-Mars
M^{me} Dominique Rompré
M. Marcel Beaulieu
M^{me} Luce Fontaine
M^{me} Odette Gélinas
M^{me} Nathalie Laperrière
M^{me} Dominique Fraser
M^{me} Carole Déry
M^{me} Ritane Duchesneau
M^{me} Julie Adams
M. Jimmy Ross

Sous-comité « Analyse des dossiers »

Présidente
Conseillère clinique
Responsable du service préhospitalier d'urgence
Archiviste médicale
Chef archiviste médicale
Directeur des services professionnels
Anesthésiologiste-réanimateur
Chef d'équipe inhalothérapie
Infirmière urgence

M^{me} Danielle Noël
M^{me} Andrée Brûlé
M. Yvan Frenette
M^{me} Nathalie Laperrière
M^{me} Odette Gélinas
D^r Claude Bouchard, interim
D^r Nizar Errouissi
M^{me} Dominique Rompré
M^{me} Dominique Fraser

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES

Le comité local de traumatologie se partage entre deux comités distincts depuis janvier 2004 afin de favoriser la participation optimale des médecins.

Comité de gestion médicale

Président du comité	D ^r Olivier Turcot
Coordonnateur urgence et programme de traumatologie	M. Marcel Rheault
Adjoint au directeur des services professionnels	D ^r Olivier Roy
Urgentologue	D ^r Samuel Rioux
Urgentologue	D ^r David Milette
Chef du service de chirurgie maxillo-faciale	D ^r Max Miller
Service de chirurgie orthopédique	D ^r Marc Antoniadès
Service d'anesthésiologie	D ^r Sylvain Lessard
Service de neurochirurgie	D ^r Éric Truffer
Service de chirurgie	D ^r Martin Lamy
Service de pédiatrie	D ^{re} Suzanne Garneau
Service de radiologie	D ^r Andrée Bernier
Physiatrie, représentante du post-hospitalier	D ^{re} Josée Fortier
Service des archives	M ^{me} Lucie Cossette

Comité de gestion clinique

Président du comité	D ^r Olivier Turcot
Coordonnateur urgence et programme de traumatologie	M. Marcel Rheault
Adjoint au directeur des services professionnels	D ^r Olivier Roy
Chef de service des soins intensifs	M ^{me} Hélène Laurent
Représentante des conseillères clinique spécialisée	M ^{me} Nathalie Thiffault
Chef de service de l'urgence	M ^{me} Hélène Tremblay
Chef de service du PAMF et réadaptation	M. Sébastien Rouleau
Chef de service chirurgie-orthopédie	M ^{me} Natacha Bolduc
Chef de service neuro-neurochirurgie	M ^{me} Stéphanie Despins
Service des archives	M ^{me} Lucie Cossette
Services préhospitaliers d'urgence	M. Michel Champoux
Représentant du Centre de communication santé	M. Dominic St-Arnaud

CSSS DRUMMOND

Comité local de traumatologie

Responsable médical service d'urgence
Chef de service des services ambulatoires
Infirmière chef soins intensifs
Infirmier chef unité de chirurgie 5^e
Responsable du service d'inhalothérapie
Adjoint au DSPH
Chef du département d'anesthésie-réanimation
Chef du département de médecine générale
Chef du service accueil, archives et admission
Assistant infirmier chef service d'urgence
Infirmière, coordonnatrice
Coordonnateur préhospitalier, Ambulance Drummond
Chirurgien général, chef département de chirurgie
Orthopédiste
Infirmière chef bloc opératoire
Chef service d'imagerie médicale
Chef service de biologie médicale
Chef services de réadaptation
Radiologiste mandaté à la traumatologie
Médecin responsable de la traumatologie
DSPH

D^r François Champagne
M^{me} Suzanne Ruel
M^{me} Claudia Biron
M. Michel Béland
M^{me} Manon Lambert
M. André Allard
D^r Stephan Pelletier
D^r Gauthier Bastien
M^{me} Trudy Ruel
M. Stéphane Timmons
M^{me} Suzanne Bédard
M. François Lamothe
D^{re} Joyaube Chapdelaine
D^r Michel Camiré
M^{me} Andrée Lapierre
M^{me} Diane Guimont
M. Stéphane Lemire
M. Jeannot Laliberté
D^{re} Julie Laporte
D^{re} Stéphanie Madore
D^r Luc Gilbert

Comité d'évaluation

Coordonnatrice service d'urgence
Chirurgien général, chef département de chirurgie
Infirmière chef services ambulatoires
Assistant infirmier chef service d'urgence
Chef service d'imagerie médicale
Technologue déléguée de biologie médicale
Responsable de la traumatologie
Radiologiste

D^{re} François Champagne
D^{re} Joyaube Chapdeleine
M^{me} Suzanne Ruel
M. Stéphane Timmons
M^{me} Diane Guimont
M^{me} Sylvie Roberge
D^{re} Stéphanie Madore
D^{re} Julie Laporte

CSSS d'ARTHABASKA-et-de-l'ÉRABLE

Comité local de traumatologie

Responsable du comité
Coordonnatrice du service d'urgence
Orthopédiste
Anesthésiste
Ambulancier, représentant du secteur préhospitalier
Infirmière au service d'urgence
Urgentiste
Chirurgien général
Omnipraticien
Radiologiste
Archives médicales

D^r Claude Champagne
M^{me} Diane Labrie
D^r Philippe Jacob-Goudreau
D^r Daniel Fugère
M. Serge Luneau
M^{me} Sylvianne Morin
D^r André Nadeau
Dr Yves Lévesque
Dr André Bélanger
D^r Bernard Rodrigue
M^{me} Guylaine Poisson

ANNEXE 2

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE VISITES 2003

Établissements	Recommandations	État de situation
CSSS du Haut-Saint-Maurice	• Rendre opérationnel le comité local de traumatologie en respectant le mandat exigé par le Groupe de suivi ministériel et communiquer à l'Agence le nom du président de ce comité • Déposer un programme réaliste à l'Agence • Déposer le procédurier selon les exigences matricielles • Inviter une représentation de l'Agence pour le dépôt du procédurier dans le cadre des rencontres régulières du comité local de traumatologie	Réalisé Réalisé Réalisé Retiré : cette recommandation a été remplacée par le dépôt de la documentation sur le site Web
CSSS Drummond	• Réanimer et maintenir le comité local de traumatologie et rendre son fonctionnement conforme aux exigences matricielles • Maintenir rigoureusement la tenue de registre des traumatismes en temps réel • Implanter un mécanisme de « débriefing » systématique des cas où un code TRAUMA a été nécessaire et en soumettre le procès-verbal au comité local de traumatologie • Formaliser la procédure de suivi conjointe obligatoire aux soins intensifs afin d'assurer le personnel infirmier de la ligne d'imputabilité médicale de chacun des patients • Préciser les clientèles chez qui la prescription automatique de réadaptation s'applique (exemple : les poly-contusionnés) • Prendre les mesures afin que les données du Registre des traumatismes (tenu en temps réel) soient analysées par le comité local de traumatologie à un intervalle minimal de trois mois; les besoins prioritaires qui découlent de ces analyses devraient se refléter dans les priorités d'action du programme local de traumatologie (exemple : les durées de séjour à l'urgence) • Actualiser l'entente de service avec le centre secondaire régional • Compléter le procédurier selon les exigences matricielles	Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé

Établissements	Recommandations	État de situation
CSSS d'Arthabaska-Érable	• Comblar les lacunes pour rendre le programme local de traumatologie conforme aux exigences matricielles • Compléter le procédurier afin de faciliter l'implantation de la page WEB • Prendre les mesures nécessaires pour que la présence 24/7 du technicien en radiologie soit assurée • Officialiser une couverture médicale 24/7 aux soins intensifs en implantant un mode de gestion comme unité semi-fermée avec codification officielle des patients et critères d'admission et de sortie • Définir les clientèles de réadaptation auxquelles une référence précoce automatique est essentielle • Actualiser l'entente de services avec le centre régional de neurotraumatologie et avec le centre d'expertise de l'Est pour les blessés médullaires	Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé À compléter Réalisé pour le CHRTR Réalisé avec le CHAUQ (Hôpital de l'Enfant-Jésus) pour les BM
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	• Revoir le contenu des ententes de corridors de services en amont et en aval (se référer à l'entente utilisée dans la région 16) • Mandater le comité des soins intensifs afin de « monitorer » les activités de soins intensifs en termes de qualité des processus et de rétroaction sur la morbidité/mortalité • Prendre position auprès du comité régional de traumatologie à l'effet d'assumer l'animation du comité si l'Agence veut bien leur confier ce mandat	Protocoles signés Le comité a redémarré depuis début 2005. Le comité a le mandat de réviser les processus. Tous les décès sont révisés, tous les dossiers litigieux sont révisés Objectif inscrit dans la plan d'action du PRT 2009-2012

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, *Service de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile : Orientations et cadre de référence*, 2005, 14 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec*, 2004, 89 pages.

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Continuum de services en traumatologie*, Gouvernement du Québec, www.fecst.gouv.qc.ca, 2009.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile : Bilan après deux années de régionalisation*, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Serge Nadeau, 2006, 33 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Plan d'action régional en santé publique 2009-2012, Mauricie et Centre-du-Québec*, Direction de santé publique, 2008, 100 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, 2009.

CENTRE DE RÉADAPTATION INTERVAL, *Plan d'organisation 2006-2009*, mars 2006, 93 pages.

COMITÉ INTERSECTORIEL SUR LA SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE, *Sécurité dans les milieux de vie : Guide à l'intention des municipalités du Québec*, avril 1999, 109 pages.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Rapports des visites d'évaluation des centres de traumatologie de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 1992-1993, 1993 et 2003.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports des visites d'évaluation des établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave adulte*, 1999.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports des visites d'évaluation des établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral*, 1999.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports de la visite d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave adulte*, 2002 et 2006.

GROUPE CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Volet réadaptation/Soutien à l'intégration : Rapports de la visite d'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave enfants/adolescents*, Consortium interrégional de l'ouest du Québec, 2006 et 2008.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, données mises à jour en octobre 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 25 novembre 2004, 7 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les mécanismes de concertation en traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 21 août 2001, 34 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Partage des responsabilités entre les organisations faisant partie du réseau de services de traumatologie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 16 janvier 2003, 21 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Urgences préhospitalières – un système à mettre en place, Sommaire exécutif*, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2000, 55 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008*, Direction générale en santé publique, Gouvernement du Québec, 2008, 98 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2004, 61 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de périnatalité 2008-2018*, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2008, 149 pages.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Registre des traumatismes du Québec : Évaluation du programme de traumatologie du Québec*, 2000-2001 à 2005-2006.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Registre des traumatismes du Québec, données statistiques 2008-2009*.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Bilan routier 2008 : accidents, parc automobile, permis de conduire*, 2008, 213 pages.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Enquête 2006 sur le port du casque de sécurité*, novembre 2006, 35 pages.



CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

www.agencesss04.qc.ca