

Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

Approuvé par le conseil d'administration le 12 décembre 2006

Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009

**Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique**

Approuvé par le conseil d'administration le 12 décembre 2006

Rédaction

Monique Tremblay

Collaboration

Suzie Auclair

Production

Direction des ressources humaines, information et planification
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

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

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2006

ISBN 2-89510-315-1 (version imprimée)

ISBN 2-89510-316-X (version PDF)

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

A la section « documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

Participants

Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration du plan directeur en traumatologie. Nous tenons à les remercier et souligner leur engagement et leur disponibilité tout au long du processus.

Dr André Bianki	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Michèle Bérubé	Agence de Montréal
Monique Blondin	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Rita Cavalière	Agence de Montréal
Dr François de Champlain	Urgences-Santé
Dr Françoise Chagnon	CUSM
Dr Louise Clément	CHUM
Louis Côté	Agence de Montréal
Anne Coutrouzas	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Dr Georges Dadour	Hôpital Jean-Talon
Dr Ronald Denis	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Claude Desrosiers	Urgences-santé
Louise Desrosiers	Agence de Montréal
Dr Léon Dontigny	Agence de Montréal
Dr Louis Drouin	Direction de santé publique de l'Agence de Montréal
Francine Dupuis	CSSS Cavendish
Line Dumas	Hôpital Santé Cabrini
Mitra Feys	CUSM
Raymond Fortin	Agence de Montréal
Zelda Freitas	CSSS Cavendish
Debbie Friedman	Hôpital de Montréal pour enfants - CUSM
Évelyne Garceau	Centre de réadaptation Constance-Letbridge
Nicolina Gésualdi	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Helen Kocilowicz	Hôpital de Montréal pour enfants CUSM
Bonita Laau	Centre de réadaptation Marie Enfant
Dany Labourdette	Villa Medica
Dr Jacques Laplante	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Michel Larivière	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Guylaine Leblanc	Hôpital Jean-Talon
Murielle Leduc	Agence de Montréal
Hazel Lefebvre	Villa Medica
Dr Georges L'Espérance	Hôpital Général de Montréal – CUSM
Ann Lynch	CUSM

Participants (suite)

Mirlande Martin	CSSS Cœur-de-l'Île
Marc Prenevost	Institut de réadaptation de Montréal
Dr Tarek Razek	Hôpital Général de Montréal - CUSM
Diane Richard	Hôpital de Montréal pour enfants CUSM
Johanne Roy	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Marie St-Amour	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Sylvie St-Hilaire	Villa Medica
Sylvie St-Pierre	Hôpital Santé Cabrini
François Thérien	Direction de santé publique de l'Agence de Montréal
Dr Yves Tremblay	Hôpital Santé Cabrini
Dr Laurent Trempe	Villa Medica
Christine Trudel	Agence de Montréal
Jeanne-Evelyne Turgeon	Agence de Laval
Julie Vaillancourt	Centre de réadaptation Marie Enfant
Sandra Winter	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Préambule

L'élaboration et la mise en place, dans chaque région du Québec, d'un plan directeur en traumatologie, a constitué une cible prioritaire apparaissant dans les attentes administratives convenues entre les Agences de la santé et des services sociaux (Agences) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2004-2005.

Plus spécifiquement, les Agences de chaque région devaient se doter d'un outil favorisant l'intégration verticale et horizontale des actions à poser en traumatologie, que ce soit sur le plan national, régional ou local tout en assurant la couverture de l'ensemble des maillons de la chaîne en traumatologie qui s'étend, de la promotion prévention jusqu'au soutien à l'intégration et à la participation sociale.

Par ailleurs, en plus de reposer sur une approche d'amélioration continue de la qualité, le plan directeur en traumatologie se devait de constituer un outil de planification, d'intégration, d'évaluation et de contrôle des activités identifiées tout en favorisant la mobilisation des diverses parties impliquées.

Afin de répondre adéquatement au mandat confié par le MSSS, l'Agence s'est entourée de collaborateurs représentant l'ensemble des acteurs faisant partie du réseau de traumatologie. De fait, un comité aviseur a été constitué et a participé étroitement à la réflexion.

Ce comité aviseur réunissait les membres du comité régional de traumatologie, un représentant de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal (DSP), un représentant de l'Agence de Laval et un représentant des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). En parallèle, des sous-groupes de travail constitués majoritairement des membres du comité aviseur ont participé à des discussions traitant spécifiquement d'un seul maillon de la chaîne de services en traumatologie.

Ce plan directeur 2006-2009 se veut un outil dynamique où y sont regroupées les actions structurantes pour une meilleure planification et évaluation du réseau régional en traumatologie et dont les principaux acteurs sont parties prenantes des cibles d'amélioration et de développement élaborées.

Table des matières

Légende	1
Introduction	2
Historique du réseau québécois de traumatologie et portrait actuel du réseau montréalais	4
Portrait de la région montréalaise et de la population	7
Carte du réseau montréalais de traumatologie, santé physique et réadaptation précoce.....	7
Caractéristiques sociodémographiques de la population montréalaise.....	8
Informations tirées du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) et de la banque de données Med-Écho	9
Chaîne de services en traumatologie	11
La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.....	11
Les services pré hospitaliers d'urgence	16
La santé physique (soins aigus et réadaptation précoce).....	18
Centres tertiaires, clientèle adulte	18
Centres secondaires, clientèle adulte.....	19
Centres tertiaires, clientèle pédiatrique	21
La réadaptation spécialisée (fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale).....	23
Les services de soutien à l'intégration et à la participation sociale.....	24
Les continuums de services, consortiums d'établissements et centre d'expertise offerts à une clientèle spécifique	25
Personnes traumatisées craniocérébrales	25
Personnes blessées médullaires et les personnes tétraplégiques à ventilation assistée (TVA)	27
Victimes de brûlures graves	28
Victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.....	29
Conclusion	30
Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009	31
Annexes	52
Annexe 1	53
Sommaire des cas inscrits au RTQ - Région de Montréal entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2005	53
Annexe 2	54
Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements pédiatriques entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2005.....	54
Annexe 3	55
Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements secondaires, adultes entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2005.....	55
Annexe 4	56
Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements tertiaires, adultes entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2005	56
Annexe 5	57

Informations sur la cause du traumatisme des usagers inscrits au RTQ entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2005	57
Annexe 6	58
Admissions avec diagnostic principal de traumatologie, à partir des codes sélectionnés	58
Annexe 7	59
Principaux codes Med-Écho reliés à la traumatologie	59
Annexe 8	60
La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes	60
Annexe 9	81
Indicateurs de qualité, service préhospitaliers d'urgence (document de travail)	81
Annexe 10	82
Arbre décisionnel pour déterminer l'orientation de la clientèle	82
Annexe 11	83
Indices préhospitaliers pour traumatismes (IPT)	83
Annexe 12	84
Liste des ententes signées	84
Annexe 13	86
Plan d'action des consortiums TCC	86
Annexe 14	112
Plan d'action 2006-09 pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec	112
Références	126

Légende

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront régulièrement utilisés dans le document :

Agence	<i>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
APVD	<i>Année potentielle de vie perdue</i>
AQTC	<i>Association québécoise des traumatisés crâniens</i>
BO	<i>Blessure orthopédique</i>
CH	<i>Centre hospitalier</i>
CHU	<i>Centre hospitalier universitaire</i>
CHR	<i>Centre hospitalier de réadaptation</i>
CIM-9	<i>Classification internationale des maladies, 9^e version</i>
CR	<i>Centre de réadaptation</i>
CRME	<i>Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine</i>
CSSS	<i>Centre de santé et de services sociaux</i>
DSP	<i>Direction de santé publique de l'Agence de Montréal</i>
GCS	<i>Échelle de Glasgow (classification des niveaux de coma)</i>
HME	<i>Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill</i>
HSJ	<i>Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine</i>
IPT	<i>Indices préhospitaliers pour traumatismes</i>
ISS	<i>Injury Severity Scale (indice de sévérité du traumatisme)</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
PIED	<i>Programme intégré d'équilibre dynamique</i>
RTQ	<i>Registre des traumatismes du Québec</i>
RUIS	<i>Réseau universitaire intégré de santé</i>
SAAQ	<i>Société de l'assurance automobile du Québec</i>
SIGDU	<i>Système de gestion des départements d'urgence</i>
TCC	<i>Traumatisme craniocérébral</i>
TVA	<i>Tétraplégique ventilo-assisté</i>

Introduction

Dans un souci de cohérence, l'élaboration du plan directeur en traumatologie pour la région de Montréal s'articule autour des maillons de la chaîne de service adoptée tout d'abord, par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) dans l'élaboration de son cadre conceptuel d'une approche intégrée en traumatologie puis, par la suite, par le programme québécois de traumatologie.

Les maillons de la chaîne sont les suivants :

- *la prévention;*
- *les services préhospitaliers d'urgence;*
- *la santé physique (soins aigus et réadaptation précoce);*
- *la réadaptation spécialisée (fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale);*
- *les services de soutien à l'intégration et à la participation sociale;*
- *les continuums de services et centre d'expertise offerts à une clientèle spécifique.*

La chaîne de services illustre un concept d'intervention dont chacun des maillons poursuit des objectifs spécifiques qui sont guidés par quatre objectifs généraux¹. Ces mêmes objectifs furent poursuivis tout au long de la démarche d'élaboration du plan directeur et ils se définissent ainsi :

L'accessibilité

- Elle doit être universelle et permettre à tout traumatisé grave ou potentiellement grave d'être pris en charge par le système.
- Elle sous-tend une intégration de toutes les ressources de la chaîne de services.
- Elle interpelle tous les secteurs : *le préhospitalier, l'hospitalier et le posthospitalier.*

L'efficacité

- La traumatologie oblige la compression maximale de tous les délais.
- Le triage initial selon la gravité des blessures se fait sur le site par les indices préhospitaliers de traumatismes (IPT).
- Le transport doit se faire vers les établissements désignés du réseau de traumatologie et inclure un préavis à l'établissement receveur.
- La prise en charge hospitalière et la mise en tension des ressources nécessaires sont sous protocole.
- La chirurgie, l'hospitalisation ou le transfert se fait sans délai.

¹ Tiré du document : Historique de la traumatologie à la SAAQ, Avant la vie, SAAQ.

La qualité

- Toutes les interventions de la chaîne de services sont sous protocole et encadrées.
- Tous les dossiers de traumatisés majeurs doivent être étudiés par les comités locaux de traumatologie².
- Toutes les actions régionales doivent être conformes aux objectifs régionaux et suprarégionaux.

La continuité

- Tous les traumatisés doivent avoir accès aux soins ultraspécialisés requis par leur état, grâce à des corridors de services pour les transferts.
- Les transferts doivent se faire sans aucun magasinage et sans délai par les corridors de services bilatéraux.
- Le refus de transfert est aboli par entente entre les administrateurs hospitaliers concernés.

Le plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 débute donc par un bref historique du réseau québécois de traumatologie et du portrait actuel du réseau montréalais. Par la suite, une illustration de la région montréalaise et de sa population est présentée, suivie de statistiques tirées de la banque de données Med-Écho et du registre des traumatismes du Québec (RTQ).

Successivement, chaque maillon de la chaîne de services sera illustré en traumatologie par la définition de sa composante, le portrait de la clientèle inscrite au RTQ et les pistes d'amélioration et de développement à considérer.

En guise de conclusion, d'une part, les objets de préoccupation stratégique ayant attiré notre attention et d'autre part, un plan d'action regroupant les cibles d'amélioration et de développement retenues pour l'ensemble des maillons, les entités responsables de la mise en œuvre de chacune d'entre elles ainsi que les échéanciers prévus, compléteront le document.

² Pour les membres du comité aviseur, l'étude de dossier s'adresse à des cas particuliers identifiés selon des critères établis par les responsables du programme de traumatologie

Historique du réseau québécois de traumatologie et portrait actuel du réseau montréalais

C'est en 1991 que la SAAQ s'est vue confier par le MSSS le mandat de créer le groupe conseil en traumatologie afin d'évaluer et de désigner un réseau de centres de traumatologie au Québec.

Le mandat du groupe d'experts était de faire des recommandations aux établissements concernés, soins aigus et réadaptation précoce, ainsi qu'aux instances ministérielles afin de créer un réseau de services respectant des normes de fonctionnement et de performance reconnues en Amérique du Nord.

Ce système de soins et de services intégrés visait à désigner des établissements selon une hiérarchisation : service de stabilisation, centre primaire, secondaire et tertiaire et qui agiraient en complémentarité. Le premier cycle de désignation s'est terminé en 1995.

En 2001, viennent s'ajouter les établissements de réadaptation chargés d'offrir des services de réadaptation spécialisés aux victimes de traumatismes craniocérébraux (TCC). Au même moment, des établissements hospitaliers, déjà désignés centre de traumatologie font l'objet d'une désignation supplémentaire pour consolider les services en réadaptation précoce offerts à la clientèle victime de TCC.

En parallèle, deux centres d'expertise pour la clientèle blessée médullaire voient le jour et finalement deux centres d'expertise pour victimes de brûlures graves.

À la fin du premier cycle de désignation, le réseau de traumatologie montréalais comptait une dizaine d'établissements. Parmi eux, deux étaient désignés centres tertiaires pour la clientèle adulte et deux centres tertiaires pédiatriques. Par ailleurs, un centre secondaire était désigné pour la région de Laval.

Par la suite, d'autres désignations furent effectuées et certains établissements désignés initialement se retirèrent du réseau de traumatologie.

C'est ainsi que les services en traumatologie pour la région de Laval se sont vus assumés par un établissement de la région de Montréal.

En 2006, le réseau montréalais de traumatologie se définit ainsi :

Centres tertiaires, clientèle adulte

- ✓ Hôpital général de Montréal, Centre universitaire de santé McGill
- ✓ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Centres tertiaires, clientèle pédiatrique

- ✓ Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
- ✓ Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Centres secondaires

- ✓ Hôpital Jean-Talon, CSSS du Cœur-de-l'Île
- ✓ Hôpital Santa Cabrini

Consortium interrégional de l'Ouest du Québec offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave

Les établissements:

- Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation InterVal
- Centre montréalais de réadaptation

Les Agences :

- de l'Abitibi-Témiscamingue
- de Lanaudière
- des Laurentides
- de Laval
- de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- de la Montérégie
- de Montréal

En collaboration avec les associations de traumatisés craniocérébraux des sept régions représentées par l'Association québécoise des traumatisés crâniens.

Consortium de Montréal pour les enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave

- Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Agence de Montréal

En collaboration avec l'Association québécoise des traumatisés crâniens.

Consortium interrégional de l'Ouest du Québec offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave

Les établissements :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital général de Montréal, Centre universitaire de santé McGill
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation Le Bouclier
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Hôpital juif de réadaptation
- Institut de réadaptation de Montréal

Les Agences :

- de l'Abitibi-Témiscamingue
- de Lanaudière
- des Laurentides
- de Laval
- de Montréal

Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ)

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

CEBMOQ offrant des services à la clientèle avec ventilation assistée(TVA), mandat national

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

En collaboration avec l'Institut thoracique de Montréal, Centre universitaire de santé McGill.

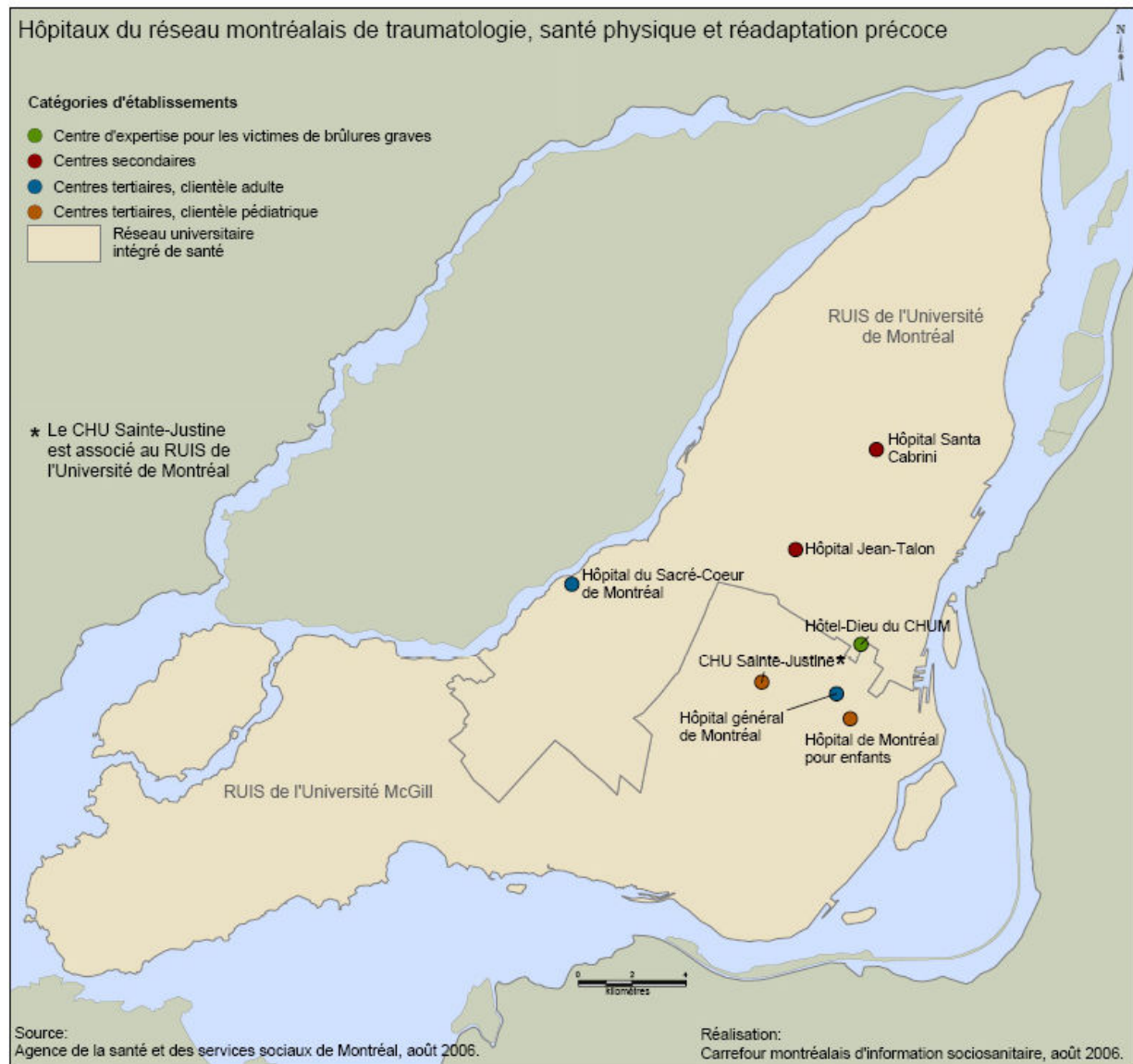
Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec (clientèle adulte)

- Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Villa Médica

En collaboration avec l'association Entraide Grands Brûlés.

Portrait de la région montréalaise et de la population

Carte du réseau montréalais de traumatologie, santé physique et réadaptation précoce



Caractéristiques sociodémographiques de la population montréalaise

Montréal, deuxième plus grande ville du Canada, comptait selon le recensement de 2001, plus de 1,8 millions d'habitants.

Depuis quelques années, elle connaît une croissance démographique, au rythme de 11 000 personnes par année. L'évolution de cette croissance se traduit par une augmentation des immigrants qui comptaient, en 2001, pour 28% de la population et une proportion élevée de personnes âgées de 65 ans et plus. L'on prévoit que d'ici 2026, la tranche de la population âgée de plus de 65 ans représentera 21 % de la population totale.

En 2001, 28 % des personnes de 25 ans et plus ne possédaient aucun diplôme d'études secondaires et plus d'une personne sur quatre vivait sous le seuil de faible revenu.

Population par tranche d'âge

<i>Âge</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
0-17 ans	169 580	176 515	346 095	19 %
18-44 ans	378 780	378 910	757 690	41 %
45-54 ans	132 135	121 980	254 115	14 %
55-64 ans	95 315	82 385	177 700	10 %
65-84 ans	146 070	99 085	245 155	14 %
85 ans et plus	23 185	8 270	31 455	2 %
Total	945 065	867 145	1812 210	

Source : Carrefour montréalais d'information sociosanitaire

Informations tirées du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) et de la banque de données Med-Écho

Les établissements désignés par le ministre pour offrir des services en traumatologie, conformément à l'article 112 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, doivent transmettre des renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs.

Ces statistiques sont compilées au RTQ qui recueille des informations concernant les victimes de traumatismes sévères. Le registre réfère aux codes des traumatismes selon la classification des maladies, 9^e version (CIM-9) et les critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants :

Inclusions

- Tous les cas admis pour 3 jours et plus
- Tous les décès admis ou inscrits
- Tous les cas admis à l'unité des soins intensifs
- Tous les cas admis qui ont été transférés ou référés d'un autre établissement

Exclusions

- Les cas d'intoxication
- Les cas de noyade
- Les cas d'électrocution
- Les brûlures primaires et les engelures
- Les admissions secondaires à une complication due à un traumatisme
- Les admissions non justifiées par un diagnostic de traumatismes requérant des soins aigus ou autres traitements

Le RTQ étant la banque provinciale de données concernant les traumatismes sera donc celle utilisée pour fin de statistiques³. Les années de référence sont celles entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005.

Par ailleurs, afin de dresser un portrait plus global des traumatismes traités dans l'ensemble des établissements montréalais, nous présenterons un tableau de statistiques⁴ tirées de la banque de données Med-Écho. Tout comme le RTQ, elle réfère aux codes des traumatismes sélectionnés à partir de CIM-9 mais représente les hospitalisations dans tous les hôpitaux du Québec.

³ Voir annexes 1 à 5

⁴ Voir annexes 6 et 7

N'ayant ni les mêmes inclusions, ni les mêmes exclusions en plus de poursuivre des objectifs différents, ces données ne peuvent être comparées mais sont complémentaires. Dans un cas comme dans l'autre, aucune des visites à l'urgence n'est incluse dans les données présentées.

La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes

Chapitre soumis par la DSP.

Rédaction : Louis Drouin, François Thérien, Gilles Lavoie

1. Introduction

Les traumatismes coûtent chers en termes de souffrances pour les victimes et leurs familles, par les handicaps et les décès prématurés qu'ils provoquent. Ils représentent aussi une charge importante pour le système de santé, tant dans le domaine des soins aigus, souvent spécialisés et ultraspecialisés, que dans ceux des services de réadaptation ou même des soins de longue durée.

Dans une perspective de prévention-promotion, la connaissance des événements traumatiques, de leurs mécanismes et circonstances est évidemment essentielle pour définir les cibles et stratégies d'intervention. À partir d'un profil des traumatismes par rapport à l'ensemble de la mortalité et de morbidité montréalaise, nous identifierons quatre domaines prioritaires pour l'intervention préventive et la connaissance-surveillance; domaines où le potentiel de gain en termes de santé et bien-être est le plus élevé.

Notons enfin que dans cette section sur la prévention, nous entendons par traumatisme les problèmes codifiés dans le regroupement 17 de la classification internationale des maladies, 9^e version (pour la morbidité hospitalière, utilisée jusqu'au 1^{er} avril 2006 par Med-Écho) et 10^e version (pour la mortalité, utilisée depuis 2000 dans le fichier SP-3 des décès) : les traumatismes réfèrent ici à de la mortalité ou de la morbidité provoquées par cause externe.

L'annexe 8 donne un portrait plus détaillé des traumatismes, des stratégies efficaces en cours à Montréal et des orientations à privilégier pour la période 2006-2009.

2. Portrait des traumatismes à Montréal

2.1. Les traumatismes dans l'ensemble de la mortalité

Les traumatismes sont responsables de 5,1 % des décès des résidents montréalais en 2003 (tableau 1, annexe 8); cependant ils comptent pour 18,5 % des années potentielles de vie perdues (APVP), se classant alors au 3^e rang après les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (tableau 3).

Parmi les traumatismes, le suicide et les chutes⁵ constituent les deux principales causes de décès, suivis des accidents de la circulation (tableau 2). Les chutes chez les personnes de plus de 65 ans représentent environ 80 % de l'ensemble des décès par chute et 30 % des décès traumatiques en général (toutes causes, tous âges).

L'importance prépondérante du suicide parmi les causes de décès traumatique apparaît encore plus clairement quand on considère qu'il représente 43 % des APVP (tableau 4). Comme cause de mortalité prématurée, le suicide dépasse donc les accidents de la circulation, les chutes, les intoxications accidentelles et les « autres accidents » combinés.

2.2. Les traumatismes dans l'ensemble de la morbidité hospitalière

Pour ce qui est de la morbidité hospitalière, les traumatismes représentent en moyenne un peu moins de 8 % des admissions de résidents montréalais, soit environ 11 000 par an (tableau 5).

Parmi les causes de traumatismes conduisant à une hospitalisation (tableau 6), près de la moitié des admissions surviennent à la suite d'une chute. L'importance des chutes est manifeste à tous les groupes d'âge, mais encore davantage chez les personnes âgées où cette problématique rend compte de près de 70 % des admissions : 3 275 en moyenne sur 4 698. D'ailleurs, à lui seul, le sous-ensemble « chute chez les personnes âgées » compte pour 30 % de toutes les admissions pour traumatisme, tous âges et toutes causes confondues. Les accidents de circulation comptent pour 10 % des admissions. Alors que le suicide est si important comme cause de mortalité, les tentatives de suicide ne représenteraient que 2,6 % des admissions, ce qui laisse supposer une certaine sous-déclaration. Par contre, les agressions (classées sous « homicide ») sont un phénomène non négligeable avec 3,2 % des admissions. Ce groupe forme un ensemble de traumatismes plus important que les brûlures et les noyades et plus susceptible de constituer un objet d'intervention cohérent que des catégories trop hétérogènes telles que « Autres accidents » (codes E916-918 qui comptent pour 11 % des admissions).

3. Quatre priorités pour l'intervention et la connaissance-surveillance

De ce portait d'ensemble des traumatismes à partir des banques de données administratives, nous pouvons identifier quatre champs d'action prioritaires pour l'intervention préventive et la connaissance-surveillance. Ce sont :

⁵ Le cas des chutes est compliqué par le passage depuis 2000 à la CIM-10 pour la codification de la mortalité : lorsque la cause d'une fracture n'est pas formellement identifiée, le cas est classé par CIM-10 dans la catégorie « Autres accidents » et non dans « chutes » même s'il s'agit bel et bien d'une chute selon toute probabilité. Pour avoir une idée plus juste du nombre de chutes, il faut donc ajouter la quasi-totalité des cas inclus dans « autres accidents ».

3.1. Les chutes chez les personnes âgées.

Non seulement les chutes dans le seul sous-groupe des personnes âgées représentent près du tiers de toutes les hospitalisations et de tous les décès dus aux traumatismes, elles entraînent aussi d'importantes séquelles psychosociales et sont souvent cause d'institutionnalisation. Le problème des chutes chez les aînés constitue donc un fardeau de première importance à la fois pour les personnes touchées que pour le système de soins.

Les facteurs de risque pour les chutes peuvent être distingués selon la matrice de Haddon en facteurs individuels (intrinsèques ou comportementaux) et environnementaux : ce sont pour la plupart des facteurs sur lesquels on peut exercer un certain contrôle et qui ne sont pas inéluctablement liés au processus de vieillissement. Il existe en effet des stratégies efficaces pour réduire l'incidence et la gravité des chutes chez les aînés. Le MSSS a publié en 2004 un Cadre de référence pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Ce document, appuyé sur une abondante littérature scientifique, présente un continuum de services qui s'adressent à des clientèles ayant des problématiques différentes et souligne la nécessité d'approches multifactorielles des interventions en développement des communautés: des interventions très larges en développement des communautés, des interventions multifactorielles non personnalisées comme le programme PIED qui propose, entre autres, des exercices pour améliorer l'équilibre et la force musculaire des aînés relativement autonomes, des interventions médicales préventives et des interventions multifactorielles personnalisées pour la clientèle du maintien à domicile.

Par ailleurs, il reste plusieurs lacunes dans notre connaissance des spécificités montréalaises, notamment en égard à l'environnement bâti, parmi les facteurs de risque. Une analyse plus fine des circonstances de lieu et de temps et mécanismes de chutes chez les aînés permettrait de définir des interventions préventives encore mieux adaptées aux divers types de problématiques que l'on rencontre effectivement chez les aînés montréalais.

3.2. Les traumatismes routiers

Les accidents de la circulation représentent environ 10 % de la mortalité et de la morbidité hospitalière par traumatisme. Ils sont cependant responsables de près du tiers des années potentielles de vie perdues par traumatisme. Ils constituent un second champ d'action qu'il est nécessaire et possible d'investir en prévention.

Sur le modèle des maladies infectieuses, on peut caractériser les déterminants des accidents de la route selon qu'ils se rapportent à l'hôte (la victime, piéton, cycliste, motocycliste ou occupant d'un véhicule), l'agent (le véhicule) ou à l'environnement.

L'amélioration des services de traumatologie et la disponibilité de véhicules plus sécuritaires ont certes permis de réduire la mortalité sur les routes, mais il reste beaucoup d'interventions à réaliser pour attaquer le problème à la source. Les interventions préventives sur les conducteurs (ex. : campagnes contre l'alcool au volant) ou sur les véhicules (ex. : l'installation du feu arrière cyclope) peuvent certes contribuer à réduire l'incidence des accidents, mais la littérature indique que l'action sur les environnements exerce une influence plus importante et plus durable. Concrètement, les mesures qui ont démontré leur efficacité pour réduire les traumatismes routiers (jusqu'à plus de 50 % de réduction) portent sur trois objets : *réduction du nombre global de déplacements automobiles* (avec en corollaire l'augmentation de la part modale du transport collectif et du transport actif), *réduction de la vitesse* (apaisement de la circulation) et *aménagement de réseaux piétonniers et cyclables sécuritaires*.

3.3. Le suicide

Le suicide s'impose comme préoccupation de premier plan parce qu'il représente près du tiers des décès traumatiques et près de 50 % des années potentielles de vie perdues. Les tentatives de suicide (souvent par lacération ou intoxication) sont aussi des traumatismes très graves dont on a pu vérifier que la prévalence était largement sous-déclarée dans les systèmes d'information en place.

Bien que la prévention du suicide en général relève d'avantage d'un programme de santé mentale que d'un plan directeur de traumatologie, la problématique du suicide demeure un incontournable quand on réalise que les personnes qui arrivent à l'urgence après avoir fait une tentative de suicide représentent un risque de suicide 100 fois plus élevé que la population générale, que 16 % tenteront à nouveau de mettre fin à leurs jours dans les douze mois qui suivent et que 2 % y parviendront. Il est donc absolument crucial pour prévenir la récurrence de bien repérer (dès le triage) cette population à très haut risque et d'assurer un suivi adéquat et sans délai lorsque ces patients reçoivent leur congé. Ainsi, une part non négligeable de la prévention du suicide peut donc être inscrite dans le cadre d'un plan directeur de traumatologie, en complément, bien sûr, d'interventions à caractère plus général élaborées en d'autres plans d'action du réseau de la santé et des services sociaux.

3.4. Les homicides (violence)

Même si les homicides et agressions ne constituent en apparence qu'une faible part de la mortalité et de la morbidité traumatiques à Montréal (entre 3 et 5 %), ils forment une problématique assez importante et cohérente pour justifier qu'on y consacre une stratégie de prévention. Comme pour le suicide, cet autre sous-ensemble des traumatismes intentionnels déborde amplement le cadre d'un plan de traumatologie et requiert des approches multifactorielles dans l'ordre psychosocial.

Cependant, une partie de cette violence, notamment les agressions physiques dans l'espace public contre des personnes vulnérables, peut être endiguée par des interventions de prévention dite situationnelle qui visent à réaliser des aménagements urbains qui découragent l'actualisation de la criminalité.

4. Conclusion

Le survol du profil de la mortalité et de la morbidité traumatiques à Montréal nous a amené à définir quatre problématiques pour lesquelles des stratégies préventives efficaces existent, pouvant réaliser un excellent potentiel en termes d'amélioration de la santé et bien-être de la population montréalaise. Ces quatre problématiques feront donc l'objet de cibles spécifiques.

Les services pré hospitaliers d'urgence

Les régions montréalaise et lavalloise ont accès aux services d'urgence via la centrale 9-1-1. Cette centrale reçoit l'ensemble des appels requérant une ou plusieurs interventions d'urgence que ce soit pompiers, policiers ou services préhospitaliers d'urgence.

Selon la nature de l'appel et en fonction des protocoles établis, la centrale 9-1-1 bascule l'appel au centre de communication santé d'Urgences-santé. Ce centre affecte les ressources préhospitalières par ordre de priorité selon le déterminant clinique. Elle couvre l'ensemble de la région montréalaise ainsi que celle de Laval.

Actuellement, les techniciens ambulanciers sont affectés comme intervenants préhospitaliers lors d'un accident et quelques casernes de pompiers offrent des services de premiers répondants à Montréal. En outre, lors de situation tel qu'un accident survenant sur une voie rapide, les services d'incendie sont mobilisés au même moment que ceux d'Urgences-santé par la centrale 9-1-1. Un projet d'entente entre l'Agence de Montréal, la corporation d'Urgences-santé et la Ville de Montréal a été élaboré relativement à la mise en place du service de premiers répondants et sera signé à l'automne 2006.

Lors d'un traumatisme majeur, les techniciens ambulanciers sont affectés par la centrale d'Urgences-santé, selon une priorité 1. Cette priorité reliée à la nature du cas sous-entend que chaque action se situant entre l'heure de l'appel jusqu'au départ du lieu de l'accident vers le centre hospitalier déterminé, respecte le temps établi par le module de l'assurance de la qualité. Actuellement des travaux sont en cours au niveau national afin que soit harmonisés des indicateurs encadrant entre autres, les délais entre le moment de l'appel et l'arrivée du traumatisé au centre hospitalier. Un tableau ⁶regroupe l'ensemble des indicateurs de qualité à l'étude.

Lors de l'arrivée sur les lieux de l'accident, les techniciens ambulanciers évaluent la situation et à partir de l'indice IPT⁷ et de la présence ou non d'une situation d'impact de haute vélocité, déterminent l'orientation⁸.

Tout traumatisé pris en charge avec un IPT moins de 4 et sans histoire d'impact à haute vélocité peut être transporté vers un centre déterminé par la centrale de communication d'Urgences-santé selon le mode de répartition habituel.

Par ailleurs, tous les traumatisés avec un IPT égal ou supérieur à 4 ou évidence d'impact à haute vélocité sont dirigés vers un établissement désigné par le réseau de traumatologie.

Toutefois, un traumatisé inconscient, une victime d'un traumatisme pénétrant, d'un traumatisme crânien et ou d'un traumatisme thoracique significatif sera d'emblée transporté vers un centre tertiaire de traumatologie.

⁶ Voir annexe 8

⁷ Voir annexe 10

⁸ Voir annexe 9

Lors d'un arrêt cardiorespiratoire, la victime sera orientée vers le centre hospitalier le plus près. Dans le cas d'un traumatisé de moins de 16 ans, le transport sera effectué vers un des deux centres pédiatriques désignés.

Pendant l'année financière 2005-2006, selon les données d'Urgences-santé, 3 237 traumatisés majeurs, IPT égal ou supérieur à 4 ou évidence d'impact à haute vitesse, ont été transportés. De ce nombre, après revue des dossiers par l'équipe du module de l'assurance de la qualité, 94 % des victimes nécessitant des soins dispensés par un centre secondaire et 90 % de ceux nécessitant une orientation en centre tertiaire ont été orientées vers le centre correspondant à leur état.

Suite à l'analyse des données disponibles et à la réflexion entreprise avec les acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des services préhospitaliers d'urgence sont :

- assurer le suivi des indicateurs de la qualité qui seront déterminés au plan national;
- travailler conjointement avec les centres tertiaires à l'élaboration de critères d'inclusion, permettant de distinguer la clientèle avec possibilité de blessure médullaire isolée, afin qu'elle soit orientée précocement vers le centre d'expertise.

La santé physique (soins aigus et réadaptation précoce)

Centres tertiaires, clientèle adulte

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital général de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill, désignés centre tertiaire de traumatologie, offrent des soins spécialisés et ultraspecialisés de traumatologie, de neurochirurgie, des soins intensifs spécialisés et de réadaptation précoce. Constituant les centres de référence suprarégionale, ces centres desservent en plus de la région montréalaise et celle de Laval, la clientèle provenant de la région des Laurentides, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue, Nord du Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Le volume du bassin de desserte actuel se chiffre autour de 2 652 140⁹.

Afin de recevoir tous les traumatisés graves référés par les autres établissements du réseau de traumatologie, des corridors et des ententes de transfert¹⁰ sont établis par ces centres, d'une part avec les centres secondaires de la région montréalaise et d'autre part avec plusieurs centres de l'Ouest du Québec.

Depuis 2005, ces deux centres travaillent conjointement à définir un projet d'entente visant à proposer un programme régional en traumatologie tertiaire pour la clientèle adulte. Axée sur l'appropriation d'une vision commune, cette réflexion consiste à proposer des stratégies sur les éléments suivants : une offre complémentaire de soins, une mise en commun de certaines ressources, un programme d'enseignement et de formation continue, une collaboration au chapitre de la recherche ainsi qu'une structure de gestion pour le programme régional.

Portrait de la clientèle inscrite au RTQ

Du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2005, 7 315 usagers ont été inscrits par ces deux établissements au RTQ, 54 % provenaient de l'Hôpital général de Montréal et 46 % de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Majoritairement de sexe masculin, l'âge moyen de cette clientèle est autour de 55 ans.

Le tiers de cette clientèle a subi un traumatisme avec un indice de sévérité (ISS) plus grand que 15. On remarque d'une année à l'autre, une augmentation significative des traumatismes de ce niveau d'intensité.

De cette clientèle, 29 % a subi un TCC tandis qu'un peu plus de 60 % est traitée pour une blessure orthopédique.

Pendant la période ciblée, 2 223 transferts ont été effectués par les établissements des régions desservies, soit vers l'Hôpital général de Montréal, soit vers l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. De ce nombre 401 provenaient de la région 16 (Montréal).

⁹ Données ajustées sur Statistique Canada, de février 2004 (Année 2000, population de 15 et plus), MSSS

¹⁰ Voir annexe 11

Suite à l'analyse des données disponibles et à la réflexion entreprise avec les acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des établissements tertiaires sont :

- clarifier le territoire de desserte en ce qui a trait au volet tertiaire suprarégional;
- finaliser l'élaboration d'une proposition concrète et partagée visant une programmation intégrée pour les deux centres tertiaires et la soumettre à l'Agence ainsi qu'au MSSS pour approbation;
- finaliser l'établissement des corridors de services intra et interrégionaux en aval et en amont, selon les territoires des réseaux universitaires intégrées de santé (RUIS) et les orientations ministérielles, signer les ententes relatives aux transferts des victimes de traumatismes et en informer l'Agence;
- développer le volet consultation et formation pour supporter le réseau référent;
- mettre en place des moyens permettant de s'assurer du transfert de la clientèle traumatisée vers les établissements désignés, tertiaires ou centres d'expertise lorsque celle-ci nécessite ce niveau de soins;
- élaborer un plan de mesures d'urgence concerté permettant de répondre promptement à une situation de désastre extérieur;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux traumatisés avec profil gériatrique;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux victimes de blessures orthopédiques graves.

Centres secondaires, clientèle adulte

L'Hôpital Santa Cabrini et l'Hôpital Jean-Talon du CSSS du Cœur-de-l'Île, suite à une recommandation de l'Agence de Montréal, sont actuellement les centres désignés par le MSSS comme centre secondaire en traumatologie.

De fait, ils offrent de la chirurgie générale, de l'orthopédie, des soins intensifs polyvalents ainsi que de la réadaptation précoce à tout traumatisé grave et polytraumatisé ne nécessitant pas de services relevant de centres tertiaires ou de centres d'expertise.

Des corridors sont établis afin que soient transférés rapidement les traumatisés dont l'état requiert des services relevant de centres tertiaires. En ce qui concerne l'Hôpital Santa Cabrini une entente existe avec l'Hôpital général de Montréal tandis qu'un corridor est établi entre l'Hôpital Jean-Talon et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Ces deux établissements ont reçu, au cours de l'année 2005, la visite du groupe-conseil en traumatologie. Malgré plusieurs points forts, certaines lacunes furent soulevées, c'est pourquoi une recommandation a été adressée à l'Agence de Montréal afin que soit proposée une réorganisation des services aux traumatisés sur l'Île de Montréal. Jusqu'au dépôt de la proposition de l'agence, la désignation des centres secondaires est maintenue.

Par ailleurs, depuis l'été 2006, l'Hôpital Santa Cabrini rencontre des difficultés importantes à assurer l'offre de service en orthopédie. Temporairement la clientèle répondant aux critères d'inclusion pour une orientation en centre secondaire de traumatologie s'est vue dirigée en alternance dans les trois autres centres désignés.

Portrait de la clientèle inscrite au RTQ.

Entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005, ces deux centres ont inscrit 1 989 cas au RTQ, 60 % d'entre eux provenaient de l'Hôpital Santa Cabrini.

L'âge moyen de cette clientèle est beaucoup plus élevé que celui de la clientèle inscrite par les centres tertiaires. En fait pour 2004-2005, l'âge moyen se situe autour de 72 ans comparativement à 55 ans pour les centres tertiaires. Pendant cette même année, la durée moyenne de séjour s'établit à 12,5 jours tandis qu'elle se situe autour de 14 jours en centres tertiaires.

La clientèle inscrite, en grande majorité, a été victime d'une chute à la suite de laquelle elle a été traitée pour blessures orthopédiques. La clientèle avec blessure orthopédique représente, pour les années de référence, 80 % du volume total des inscriptions effectuées par les centres secondaires.

D'autre part un volume non négligeable de traumatisés avec évidence d'impact à haute vitesse, seulement sont transportés dans ces centres. Pour l'année 2005-2006, Urgences-santé en a dénombré 518. De ce nombre, une portion importante est exclue du RTQ du fait qu'ils ne répondent pas aux critères d'inclusion référant à une admission de trois jours et plus.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des établissements secondaires adultes se définissent ainsi :

- mieux définir la clientèle devant être orientée vers les centres secondaires désignés et mettre en place des moyens de suivi afin d'en assurer l'orientation désirée;
- s'assurer de la capacité des centres désignés à poursuivre leur mission de centres secondaires en traumatologie par le dépôt d'un plan d'action, entériné par l'organisation, visant à remédier aux points faibles identifiés par le groupe-conseil ministériel en traumatologie;
- identifier et assurer les conditions de réussite permettant le maintien d'une désignation;
- concrétiser le soutien des centres tertiaires aux centres secondaires;
- déposer une proposition de réorganisation des services aux traumatisés sur l'Île de Montréal;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux traumatisés avec profil gériatrique.

Centres tertiaires, clientèle pédiatrique

Le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HSJ) et l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME), désignés centre de traumatologie tertiaire pédiatrique, offrent des soins spécialisés et ultraspécialisés de traumatologie, de neurochirurgie, des soins intensifs spécialisés et de réadaptation précoce aux enfants et adolescents de moins de 16 ans. Pour ces deux centres, le volet réadaptation spécialisée à l'interne est assumé par le centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CRME).

En plus de la région montréalaise, l'HSJ et l'HME desservent pour le volet secondaire et tertiaire les régions suivantes : l'Abitibi-Témiscamingue, le Nord-du-Québec, Laval, Lanaudière, les Laurentides, la Montérégie, le Nunavik, et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Tout comme les centres tertiaires adultes, ces centres ont établi des corridors et des ententes de transfert avec le réseau référent.

À ce jour, aucun des centres n'a de désignation spécifique pour accueillir la clientèle pédiatrique victime de brûlure grave, ni celle ayant subi une blessure médullaire par traumatisme. Actuellement, les enfants et adolescents victimes de brûlures graves sont orientés dans un centre ou dans l'autre selon les corridors en place. Ceux, victimes de blessures médullaires, au nombre de cinq pour les années 2002 à 2005, ont été traités à l'HSJ. Parmi eux, deux ont bénéficié d'un programme de réadaptation à l'interne au CRME.

Comme pour chacun des centres désignés, les statistiques présentées sont tirées du RTQ. En outre, il est important de souligner qu'étant donné les efforts dévolus par ces centres afin de diminuer la durée de séjour pour cette clientèle, un volume important d'enfants et d'adolescents traités pour traumatisme sont exclus du registre. Des cas exclus du RTQ, on dénombre pour la période 2002-2005, 1 163 hospitalisations de moins de trois jours, avec diagnostic principal de traumatologie, à l'HSJ et 1 436 à l'HME. Ce qui porte le total des admissions à 3 896, 53 % provenant de l'HSJ et 47 % de l'HME.

Portrait de la clientèle inscrite au RTQ.

Les inscriptions au registre entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005 sont au nombre de 2 145, 67 % provenant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et 33 % de l'Hôpital de Montréal pour enfants. De ce nombre 65 usagers traités soit, pour un TCC, une blessure orthopédique ou une blessure médullaire, ont reçu de la réadaptation spécialisée à l'interne à la suite du congé en santé physique. Du volume total des cas inscrits, 16 % ont subi un traumatisme avec un ISS plus grand que 15.

Un peu plus de 50 % de la clientèle inscrite au RTQ est traitée pour blessure orthopédique tandis que 36 % le sont pour TCC. La cause des traumatismes est en grande partie attribuable à une chute puis, en second lieu, à un accident de véhicule à moteur.

Faisant partie des contributions attendues d'un centre tertiaire de traumatologie, ces centres ont développé des activités distinctes de prévention primaire et secondaire en regard des traumatismes non intentionnels.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des établissements tertiaires pédiatriques se définissent ainsi :

- revoir les corridors de service intra et interrégionaux en fonction des territoires des RUIS, signer les ententes relatives aux transferts des victimes de traumatismes et en informer l'Agence;
- mettre en place des moyens permettant de s'assurer du transfert de la clientèle traumatisée vers les établissements désignés centre de traumatologie, lorsque celle-ci nécessite ce niveau de soins;
- élaborer un plan de mesures d'urgence concerté permettant de répondre promptement à une situation de désastre extérieur;
- établir des mécanismes de liaison avec le centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec afin de maintenir le niveau de connaissance à jour dans ce domaine;
- réviser l'utilisation des soins et services en réadaptation spécialisée pour les enfants victimes de brûlures graves;
- entreprendre les démarches nécessaires afin d'assurer la présence d'un représentant des centres pédiatriques aux tables décisionnelles, touchant la clientèle enfants et adolescents, victimes de brûlures graves;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce et spécialisée aux enfants et adolescents victimes de blessures orthopédiques graves.

La réadaptation spécialisée (fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale)

Dans le cadre du programme québécois de traumatologie, des établissements sont désignés pour offrir des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation, à l'interne ou à l'externe, aux personnes victimes de traumatismes.

Ces établissements régionaux ou suprarégionaux, selon leur implication dans un consortium d'établissements, contribuent à développer les capacités résiduelles et à compenser les incapacités motrices, cognitives et comportementales des victimes de traumatismes.

Offrant des services spécialisés de réadaptation aux personnes et aux proches, ils visent le développement de l'autonomie personnelle, sociale, professionnelle et scolaire. Entre autres, ils offrent les aides techniques et adaptations requises pour maximiser les capacités résiduelles et suppléer aux incapacités. En prévision du congé, ils assurent un programme de soutien à l'intégration axé sur l'utilisation des ressources communautaires du milieu.

L'Institut de réadaptation de Montréal (IRM), Villa Médica, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ainsi que le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge font partie des établissements offrant des services spécialisés de réadaptation à la clientèle adulte.

Pour sa part, l'IRM offre des services spécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive, tant à l'interne qu'à l'externe tandis que le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge offrent des services spécialisés de réadaptation axée sur l'intégration sociale. Villa Médica tant qu'à lui dispense des soins et services spécialisés entre autres, aux victimes de brûlures graves.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des établissements de réadaptation spécialisée à la clientèle adulte se définissent ainsi :

- doter les établissements de réadaptation d'un système d'information clientèle commun;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en réadaptation fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale aux traumatisés avec profil gériatrique;
- s'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en réadaptation fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale aux victimes de blessures orthopédiques graves;
- compléter l'évaluation des besoins en nombre de lits requis pour la clientèle spécifique : brûlures graves et blessures médullaires par traumatismes;
- développer des ressources d'hébergement spécifiques à la clientèle victime de traumatisme et porteuse d'un double diagnostic.

Les services de soutien à l'intégration et à la participation sociale

Les victimes de traumatismes présentant des incapacités permanentes et désirant réintégrer leur milieu de vie initial, nécessitent un soutien afin de pallier leurs incapacités pour atteindre une qualité de vie et une participation sociale optimale.

À cet égard, en partenariat avec les établissements de réadaptation axée sur l'intégration sociale, les organismes communautaires, les diverses associations tels que l'Association québécoise des traumatisés crâniens et l'association Entraide Grands Brûlés et les programmes de soutien à domicile des CSSS, sont interpellés afin d'offrir le soutien psychosocial, le maintien des acquis fonctionnels, les services de maintien à domicile ainsi que le répit lorsque requis.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration retenues en regard des établissements de réadaptation axée sur l'intégration sociale et des CSSS se définissent ainsi :

- définir les services requis par la clientèle spécifique, en vue d'un retour à domicile, et les déployer en fonction de leur priorité;
- s'assurer de l'accès au service de soutien à domicile, d'une personne couverte par un autre régime public d'assurance comme celui de l'assurance automobile du Québec ou celui de la santé et de la sécurité du travail;
- s'assurer d'une meilleure connaissance par les CSSS, du support offert par les centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge en regard du transfert d'expertise vers la 1^{re} ligne pour ce qui concerne la clientèle spécifique.

Les continuums de services, consortiums d'établissements et centre d'expertise offerts à une clientèle spécifique

Des mécanismes intégrateurs ont été instaurés par le Programme québécois de traumatologie afin de formaliser les continuums de services existant en traumatologie tel que, santé physique, réadaptation, soutien à l'intégration. Ces mécanismes intégrateurs s'appuient soit sur la notion de consortiums d'établissements, régionaux ou interrégionaux pour la clientèle nombreuse soit sur la notion de centre d'expertise pour les clientèles de faible volume.

Personnes traumatisées craniocérébrales

Le consortium interrégional de l'Ouest du Québec (Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, Laurentides, Laval, Montréal) offre des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave. Il implique les établissements suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital général de Montréal, Centre universitaire de santé McGill
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation Le Bouclier
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Hôpital juif de réadaptation
- Institut de réadaptation de Montréal

Le consortium de Montréal pour sa part se compose de :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital général de Montréal, Centre universitaire de santé McGill
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Institut de réadaptation de Montréal

En collaboration avec l'Association québécoise des traumatisés crâniens

En février 2004, le groupe conseil en traumatologie effectue une première visite d'évaluation aux consortiums d'établissements offrant des services aux adultes ayant subi un TCC modéré ou grave. Il ressort de cette visite, en ce qui a trait au consortium interrégional, un engagement significatif de toutes les agences régionales concernées de même qu'un leadership manifesté par l'Agence de Montréal. En outre, on souligne que les organisations faisant partie du consortium démontrent une implication soutenue. Par ailleurs, l'équipe d'évaluation dénote que le consortium de Montréal a été peu développé et recommande la mise en place d'une structure régionale afin d'assurer la révision du plan d'action régional et les moyens reliés à son implantation.

Suite aux recommandations de l'équipe d'évaluation, un plan d'action révisé est élaboré en septembre 2004 puis dans une démarche d'amélioration continue, en mars 2006, le bilan du plan d'action révisé du consortium interrégional est effectué.

En février 2006, c'est au tour du consortium interrégional de l'Ouest du Québec (Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, Laurentides, Laval, Mauricie, Centre du Québec et Montérégie) et du consortium régional de Montréal offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un TCC modéré ou grave, de recevoir la visite du groupe conseil en traumatologie.

Les établissements impliqués dans le consortium interrégional sont les suivants :

- Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre réadaptation InterVal
- Centre montréalais de réadaptation

Le consortium de Montréal regroupe :

- Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Centre de réadaptation Marie Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

En collaboration avec l'Association québécoise des traumatisés crâniens

La qualité du plan d'action déposé par les consortiums lors de cette visite est soulignée.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration et de développement retenues en regard des consortiums pour les personnes ayant subi un TCC se définissent ainsi :

- élaborer le consortium régional de Montréal pour les soins et services offerts aux adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère;
- poursuivre l'actualisation du plan d'action révisé, portion tronc commun, du consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère¹¹;
- actualiser le plan d'action du consortium interrégional de l'Ouest du Québec et celui du consortium de Montréal, offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré et sévère;

¹¹ Voir annexe 12

- élaborer et déposer un plan d'implantation pour l'organisation des services pour la clientèle adulte, enfant et adolescent ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL);
- mettre en œuvre le plan d'organisation TCCL.

Personnes blessées médullaires et les personnes tétraplégiques à ventilation assistée (TVA)

C'est en 1997, que le centre d'expertise des blessés médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ) a vu le jour. En 2006, le mandat national pour desservir la clientèle tétraplégique à ventilation assistée lui est octroyé. Sa composition est la suivante :

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

En collaboration avec l'Institut thoracique de Montréal du Centre universitaire de santé McGill pour les TVA.

En vertu de leur désignation, ces établissements de santé physique et de réadaptation partagent les responsabilités dévolues au centre d'expertise de façon conjointe. Les contributions attendues du centre d'expertise sont celles reliées à la prestation de services cliniques (accessibilité, continuité, efficacité et qualité), au développement et à la diffusion des connaissances ainsi qu'au développement du continuum et la coordination des services.

Information sommaire sur la clientèle ayant bénéficiée du programme du CEBMOQ

	2002-03	2003-04	2004-05
Nombre d'utilisateurs	63	56	106
Durée moyenne de séjour	26	31	33
Provenance:			
Transfert d'un autre établissement	52	41	85
Site du traumatisme	11	15	21
Orientation au congé:			
IRM	36	35	73
Domicile avec ou sans services	11	11	15
Transfert vers un autre établissement	11	9	14
Décès	5	1	4

Source : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (épisode de soins aigus et réadaptation précoce)

La dernière visite remonte en décembre 2002 pour le CEBMOQ. Suite aux recommandations énoncées, un plan d'action révisé est déposé en août 2004 par le centre d'expertise, au groupe conseil en traumatologie.

L'évaluation de l'offre de service à la clientèle TVA a été effectuée en novembre 2005. Le faible volume représenté par cette clientèle a fait en sorte qu'un mandat national a été octroyé au CEBMOQ. Entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2004, le centre d'expertise a desservi 14 usagers TVA. De ce nombre trois personnes sont demeurées dépendantes d'une ventilation assistée.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration et de développement retenues en regard du CEBMOQ se définissent ainsi :

- s'assurer du respect de l'orientation de la clientèle blessée médullaire à l'entrée du continuum de services;
- déposer un plan d'action 2006-2009.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les blessés médullaires tétraplégiques à ventilation assistée :

- déposer un plan d'action répondant aux recommandations émises par le groupe conseil en traumatologie lors de sa visite en novembre 2005.

Victimes de brûlures graves

Le centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec a obtenu sa désignation en 2004. Il est constitué des établissements suivants :

- Hôtel-Dieu, Centre hospitalier universitaire de Montréal
- Villa Médica

En collaboration avec l'association Entraide Grands Brûlés.

Comme tout centre d'expertise, il doit se doter d'une direction commune afin de dispenser, à l'intérieur d'une programmation intégrée, les services spécialisés et surspécialisés en santé physique et en réadaptation aux personnes victimes de brûlures graves. De plus, une structure nationale doit permettre aux deux centres d'expertise, l'Est et l'Ouest du Québec, l'harmonisation des pratiques selon des normes établies. Enfin des mécanismes formels assurant l'accessibilité et la continuité via des corridors bilatéraux doivent être instaurés avec les établissements des territoires desservis.

Information sommaire sur la clientèle ayant bénéficié du programme du centre d'expertise pour victimes de brûlures graves

	2002-03	2003-04	2004-05
Nombre d'utilisateurs	133	126	130
Durée moyenne de séjour	19,7	17,7	18,5
Provenance :			
Transfert d'un autre établissement	70	69	69
Site du traumatisme	63	57	61
Orientation au congé :			
CH de soins de courte durée	24	23	51
Domicile avec ou sans services	48	56	49
CH de soins de longue durée	5	2	0
Autres	45	32	20
Décès	11	13	10

Source : Pavillon Hôtel Dieu du CHUM, Base de données locale Med-Écho

*Villa Médica est intégré à l'intérieur des CH de soins de courte durée

*La DMS est spécifique à la clientèle hospitalisée à l'unité des grands brûlés.

Suite à l'analyse des données et à notre réflexion avec les différents acteurs concernés, les pistes d'amélioration et de développement retenues en regard du Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec se définissent ainsi :

- élaborer une programmation intégrée;
- supporter le centre d'expertise dans l'élaboration d'une programmation intégrée;
- développer le continuum de services interrégional;
- supporter le centre d'expertise dans le développement du continuum de services interrégional;
- poursuivre les démarches nécessaires afin d'inscrire au RTQ les victimes de brûlures graves ainsi que les informations pertinentes en regard de cette clientèle.

Victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence

En avril 2004, le Programme québécois de traumatologie, déposait un document de travail proposant des paramètres d'organisation pour la mise sur pied d'un programme national de services pour les personnes victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Ce document identifiait entre autres des pistes d'amélioration nécessaires afin de pallier les problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à cette clientèle. Le faible volume de cette clientèle ainsi que le niveau élevé d'expertise requis amenait à proposer la mise sur pied d'un centre d'expertise, pour lequel, la désignation reste à faire par le MSSS.

Conclusion

Le but visé par l'élaboration d'un plan directeur régional en traumatologie était de mettre à jour les orientations qui permettraient d'assurer le maintien des acquis du programme québécois de traumatologie en plus de proposer de nouvelles pistes d'action afin d'assurer et d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité des services du réseau actuel.

Le plan d'action émis regroupe, d'une part les cibles définies sur le plan national et d'autre part, l'ensemble des cibles d'amélioration et de développement, retenues par les membres du comité aviseur, spécifiques à la région montréalaise.

Par ailleurs, ces travaux auront permis de mettre en lumière certains objets de préoccupation dont l'impact avait une incidence significative sur plusieurs maillons de la chaîne de services en traumatologie.

Les objets de préoccupation dont il est question sont les suivants :

- réduire la mortalité et la morbidité associée aux chutes chez les personnes âgées;
- réduire la mortalité et la morbidité par traumatisme pour tous les usagers de la route, dont les piétons en priorité;
- assurer la bonne orientation des traumatisés majeurs, dès leur prise en charge, par le préhospitalier d'urgence;
- assurer la mise en œuvre des consortiums d'établissements;
- améliorer les systèmes d'informations clientèle afin de refléter l'ensemble des activités reliées à la traumatologie, notamment les visites à l'urgence ainsi que l'épisode de réadaptation spécialisée.

Ces objets de préoccupation ne négligent en rien l'importance des cibles énumérées au plan d'action mais en regard de leur caractère particulier, ils seront sujets, au cours des prochaines années, à un suivi attentif d'indicateurs reflétant le niveau d'atteinte des objectifs visés.

Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009

Le plan d'action qui suit débute par la présentation des cibles s'adressant, de façon générale, à l'ensemble des maillons et par la suite, plus spécifiquement à chaque maillon de la chaîne de services en traumatologie. Les moyens identifiés le sont à titre indicatif et devront être enrichis par les porteurs de dossier.

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
Cibles applicables à l'ensemble des maillons de la chaîne de service en traumatologie			
➤ Assurer l'implantation des recommandations découlant des visites des groupes conseil en traumatologie	➤ Dépôt d'un rapport d'étape annuel	● CH ● Consortium ● Centre d'expertise ● Agence	Continu
➤ Mettre en place des moyens en vue de réduire progressivement les écarts existants entre les services offerts aux clientèles disposant d'un tiers payeur et les autres	➤ Identification des écarts ➤ Identification des correctifs ➤ Mise en œuvre progressive des moyens	● CH ● CR ● Agence	2009
➤ Concrétiser la mise en place de corridors de services requis en aval et en amont et en assurer le respect	➤ Identification des établissements ➤ Signature des ententes	● CH ● CR	2007
➤ Développer une approche programme centrée sur les besoins spécifiques des victimes de traumatismes	➤ Identification de la clientèle visée ➤ Identification des besoins ● Identification du continuum de services	● CH ● CR ● Agence	Continu

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Assurer la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité dans chacun des centres désignés, par le biais notamment d'un comité reprenant l'essentiel des mandats confiés aux comités locaux de traumatologie des établissements de santé physique	➤ Appropriation du mandat du comité local ➤ Identification des points à développer ➤ Désignation d'une personne responsable de l'avancement du dossier	● CR	Continu
➤ Assurer la réalisation et l'amélioration continue des critères élaborés selon les exigences matricielles en fonction des secteurs d'activité et des niveaux de désignation	➤ Identification des écarts ➤ Mise en place des correctifs	● CH	Continu
➤ Assurer la représentation des divers secteurs d'activités concernés au comité régional de traumatologie ou autres instances régionales reconnues dans le réseau de la traumatologie	➤ Respect de la participation aux rencontres de la part des représentants locaux	● CH ● CR ● Urgences-santé	Continu
➤ Déterminer des indicateurs permettant le suivi des objets de préoccupation stratégique identifiés ➤ Assurer le suivi des indicateurs	➤ Identification d'indicateurs ➤ Suivi des indicateurs selon une fréquence pré établie	● Agence (comité régional) ● Agence (comité régional)	Hiver 2007 Continu

Cibles spécifiques à chacun des maillons				
Cibles d'action en prévention-promotion (DSP)				
1. Chutes chez les personnes âgées				
1.1. Volet Intervention				
<i>Objectif santé</i>		<i>Indicateurs</i>		
➤ Réduire la mortalité et la morbidité associée aux chutes chez les personnes âgées (réduction du nombre de chutes et réduction de la gravité des blessures lorsque surviennent les chutes)		✓ Taux de mortalité par chute ✓ Taux d'hospitalisation par chute		
Objectifs spécifiques	Moyens	Responsables	Indicateurs	
➤ promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires	D'ici 2009, dans tous les CSSS : implanter le volet médical personnalisé	- DSP - CSSS (entente de gestion)	Pour chaque CSSS % de personnes de 65ans et plus en perte d'autonomie rejointes dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention en prévention des chutes	
➤ augmenter la force musculaire et de la masse osseuse ➤ réaliser des aménagements sécuritaires de l'environnement domiciliaire et urbain	- implanter le programme PIED - implanter le volet multifactoriel - personnalisé pour personnes en perte d'autonomie		- fréquence de l'offre du programme PIED - dépôt d'un plan d'action pour la mise en œuvre du volet personnalisé et médical préventif - nombre d'ânés rejoins annuellement par territoire de CSSS pour chacun des volets du continuum - nombre d'animateurs de PIED ayant reçu leur accréditation - nombre d'intervenants de CSSS ayant reçu la formation pour la mise en place du volet multifactoriel personnalisé	

1.2. Volet connaissance/surveillance				
Objectif C/S	Objectifs spécifiques	Moyens	Responsable	indicateurs
➤ Connaissance plus précise des déterminants des chutes chez les aînés montréalais	➤ connaissance des coordonnées espace-temps des chutes ➤ connaissance des données environnementales pertinentes pour chaque événement	analyse géomatique à partir de diverses sources d'information (Urgence-Santé, banque de données sur le parc immobilier et les infrastructures de transport, etc.), avec attention particulière aux facteurs relevant de l'environnement bâti (domiciliaire et urbain)	- DSP - Secteur Environnement urbain et santé	nombre de rapports produits et diffusés
2. Traumas routiers				
2.1. Volet Intervention				
Objectif santé			Indicateurs	
➤ Réduire la mortalité et la morbidité par traumatisme pour tous les usagers de la route, dont les piétons en priorité			✓ Taux de mortalité par traumatisme routier ✓ Taux d'hospitalisation par traumatisme routier ✓ Taux d'incapacité résultant d'un traumatisme routier	
Objectifs spécifiques	Moyens	Responsables	Indicateurs	
➤ réduire le nombre de déplacements en automobile et augmenter la part	participer à la plateforme transport en commun de la Commission métropolitaine de Montréal	DSP	- Nombre de déplacements en automobile - Part modale du transport en commun et du transport actif	

modale du transport en commun et du transport actif sur le territoire montréalais	d'ici 2009, implanter le programme Allégo dans tous les établissements du réseau de la santé (CSSS, CH, CHSLD)	DSP avec CSSS et ONG, AMT et MTQ	- nombre d'établissements ayant implanté Allégo - nombre d'employés du réseau ayant fait un transfert modal
Objectifs spécifiques	Moyens	Responsables	Indicateurs
➤ apaiser la circulation	promouvoir l'implantation de mesures d'apaisement de la circulation et d'aménagements sécuritaires pour piétons et cyclistes dans les arrondissements où la prévalence des traumatismes routiers est la plus élevée	DSP avec Ville, CSSS et ONG (CRE)	nombre de projets d'apaisement de la circulation soutenus et implantés dans les quartiers montréalais
➤ développer des aménagements sécuritaires pour les piétons et cyclistes	- soutenir l'implantation de corridors scolaires (projet Mon école à pied, en vélo, de Vélo-Québec) dans toutes les écoles primaires de l'Île de Montréal d'ici 2009 - exercer une action d'influence auprès de la Ville pour l'élaboration de politiques et programmes améliorant la sécurité routière (notamment en participant au Bureau de la sécurité routière et en publiant des avis de santé publique)	- DSP (secteur EUS) avec Vélo-Québec, Commissions scolaires et écoles - DSP	- nombre d'écoles ayant implanté des corridors scolaires sécuritaires à chaque année - nombre de traumatismes routiers survenant sur le chemin des écoliers - nombre d'avis de santé publique émis
2.2. Connaissance/surveillance			
Objectif C/S	Objectifs spécifiques	Moyens	Responsable
➤ Surveillance des traumatismes routiers	- Monitoring du : - nombre d'accidents	Analyse de la mortalité et de la morbidité par le	- DSP (secteur EUS) - nombre de rapports

	- nombre de blessures et de décès - de la sévérité des blessures - de la distribution spatiale et des déterminants socio-environnementaux	jumelage des banques de données disponibles (Fichier SP-3, Med-Écho, Coroner, SAAQ, Urgence-Santé, Rapports de police)		produits
➤ Surveillance des traumatismes routiers (suite)		Analyse géomatique des données provenant des diverses banques de données (distribution spatiales des traumatismes en relation avec les données socio-environnementales)	DSP (secteur EUS)	- nombre de rapports produits
➤ Diffuser cette information aux principaux décideurs et partenaires concernés		production de rapports par CSSS et/ou arrondissements		- nombre de rapports diffusés
3. Suicide¹²				
3.1. Volet Connaissance/Surveillance				
Objectif santé		Indicateurs		
➤ Réduire le taux de récurrence des tentatives de suicide chez les personnes admises à l'urgence après un passage à l'acte suicidaire		✓	Taux de récurrence de tentatives de suicide	
Objectifs spécifiques	Moyens	Responsables		Indicateurs
➤ Améliorer le suivi post-tentative	➤ Favoriser l'implantation et l'évaluation d'un protocole de sortie de l'urgence pour les	Agence de Montréal, Suicide-Action Montréal, Centres de crise, CSSS et		- Nombre de départements d'Urgence qui ont implanté un protocole de suivi - Nombre de territoires de CSSS où des

¹² Les interventions préventives en lien avec le suicide débordent le cadre d'un plan de traumatologie et relèvent plutôt des plans d'action en santé mentale et pour la jeunesse en difficulté. Nous nous limiterons donc ici à énoncer un objectif de connaissance-surveillance

	- personnes inscrites suite à une tentative de suicide - Améliorer la concertation entre les hôpitaux et les ressources de la communauté dans le suivi des patients suicidaires	DSP	rencontres de concertation ont eu lieu
--	--	-----	--

3.2. Volet Connaissance/Surveillance

Objectif C/S	Objectifs spécifiques	Moyens	Responsable	indicateurs
➤ Documenter le nombre de tentatives de suicide	➤ Identifier correctement le nombre de tentatives de suicide qui se présentent aux Urgences des hôpitaux montréalais	- Introduire la catégorie « Tentative de suicide » dans tous les Systèmes d'information et de gestion des départements d'Urgence - sensibiliser le personnel médical et infirmier à utiliser cette catégorie lorsque pertinent	ASSSM et DSP	- nombre de départements d'Urgence qui utilisent la catégorie « Tentative de suicide » - nombre de cas traités par hôpital, par année

4. Homicides (Agressions)

4.1. Volet intervention

Objectif santé

➤ Réduire la morbidité et mortalité causée par les agressions	Indicateurs			
	✓ Taux de mortalité par homicide	✓ Taux de morbidité hospitalière pour cause d'agression		
Objectifs spécifiques	Moyens	Responsables	Indicateurs	
➤ promouvoir des environnements sécuritaires afin de diminuer les risques de violence et d'agression envers les groupes	Programme de soutien au développement d'environnements sécuritaires dans les huit quartiers montréalais engagés dans une démarche de revitalisation urbaine intégrée	DSP (secteur EUS) avec Ville de Montréal	- nombre de quartiers qui auront soumis des projets - nombre et type d'aménagements réalisés	

vulnérables (prévention situationnelle)	(Montréal-Nord, St-Michel, Ste-Marie, St-Paul-Galt, St-Pierre, Mercier-Est, St-Laurent, Bordeaux-Cartierville)		
--	---	--	--

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
1) Promotion et prévention			
➤ Mettre en place un programme régional visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes non intentionnels	➤ Création d'un comité regroupant les acteurs concernés ➤ Clarification du mandat, de la clientèle visée, des modalités d'articulation	• DSP • CH tertiaires • CH secondaires	2007
➤ Assurer la représentation de la DSP au Comité régional de traumatologie	➤ Désignation d'un représentant de la DSP ➤ Invitation aux rencontres du comité régional	• DSP • Agence (comité régional)	Automne 2006
2) Services préhospitaliers d'urgence			
➤ Assurer le suivi des indicateurs de qualité qui seront déterminés au plan national	➤ Participation aux travaux en cours ➤ Élaboration d'outils permettant le suivi	• Urgences-santé	Continu
➤ Travailler conjointement avec les centres tertiaires à l'élaboration de critères d'inclusion permettant de distinguer la clientèle avec possibilité de blessure médullaire isolée, afin qu'elle soit orientée précocement vers le centre d'expertise	➤ Mise en place d'un groupe de travail regroupant les acteurs concernés	• Urgences-santé • Centres tertiaires	2007

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
3) Santé physique (soins aigus et réadaptation précoce)			
Cibles applicables à tous les établissements désignés, secondaires et tertiaires, adulte et établissements pédiatriques			
➤ S'assurer de l'actualisation du mandat dévolu aux comités locaux tel qu'élaboré dans les mécanismes de concertation du Programme québécois de traumatologie par le biais de rencontre sur une base régulière, au minimum 4 fois par an	➤ Dépôt du calendrier des rencontres au comité régional ➤ Information à travers un compte rendu annuel, du suivi des recommandations du groupe conseil ➤ Liste des participants aux rencontres	● CH ● Agence (comité régional)	Annuel
➤ S'assurer de la présence d'un représentant de chacun des comités locaux au comité régional de traumatologie	➤ Intervention ponctuelle auprès du responsable du programme de traumatologie lorsque requis	● Agence (comité régional)	Continu
➤ Compléter le registre des traumatismes de façon rigoureuse (IPT, Glasgow) ainsi que le plus près possible de l'événement	➤ Suivi trimestriel des données inscrites au registre ➤ Intervention auprès des établissements lorsque requis	● CH ● Agence (comité régional)	Continu
➤ Identifier et adresser au programme québécois de traumatologie, les besoins des utilisateurs et les améliorations souhaitées au RTQ	➤ Rencontre avec les personnes ressources au MSSS	● Agence ● CH	Hiver 2007
Cibles spécifiques en regard des établissements tertiaires adultes			
➤ Clarifier le territoire de desserte en ce qui a trait au volet tertiaire suprarégional	➤ Poursuite des échanges avec le MSSS	● Agence	Hiver 2007

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Finaliser l'élaboration d'une proposition concrète et partagée visant une programmation intégrée pour les deux centres tertiaires et la soumettre à l'Agence ainsi qu'au MSSS pour approbation	➤ Poursuite des échanges entre les deux établissements ➤ Dépôt de la proposition entérinée par les établissements concernés	● CH tertiaires adulte	2007
➤ Finaliser l'établissement des corridors de service intra et interrégionaux, en aval et en amont, selon les territoires des RUIS et les orientations ministérielles, signer les ententes relatives aux transferts des victimes de traumatismes et en informer l'Agence	➤ S'assurer de la conformité des corridors selon les territoires des RUIS et les orientations ministérielles ➤ Signature des ententes ➤ Dépôt, à l'agence, des ententes signées	● CH tertiaires adulte	2007
➤ Développer le volet consultation et formation pour supporter le réseau référent	➤ Concrétisation des ententes relatives aux transferts des victimes de traumatismes sévères ➤ Utilisation de la technologie relative à la Télémédecine	● CH tertiaires adulte	continu
➤ Mettre en place des moyens permettant de s'assurer du transfert de la clientèle traumatisée vers les établissements désignés, tertiaire ou centre d'expertise, lorsque celle-ci nécessite ce niveau de soins	➤ Analyse ponctuelle des données extraites de la banque de données Med-Écho et de celles d'Urgences santé ➤ Communication aux établissements déviant ● Suivi régulier des données	● Agence ● Urgences-santé ● CH désignés	continu

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Élaborer un plan de mesures d'urgence concerté permettant de répondre promptement à une situation de désastre extérieur	➤ Identification des personnes responsables ➤ Clarification des buts poursuivis ➤ Identification de la clientèle visée ➤ Élaboration des mécanismes de mise en tension	● CH tertiaires adulte ● CH secondaires adulte ● Agence ● Urgences santé	2008
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux traumatisés avec profil gériatrique		● CH tertiaires adulte ● Agence	Diffusion des orientations ministérielles
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux victimes de blessures orthopédiques graves		● CH tertiaires adulte ● Agence	Diffusion des orientations ministérielles
Cibles spécifiques en regard des établissements secondaires adultes			
➤ Mieux définir la clientèle devant être orientée vers les centres secondaires désignés et mettre en place des moyens de suivi afin d'en assurer l'orientation désirée	➤ Élaboration d'une définition commune ➤ Plan de communication ➤ Suivi des données répertoriées par Urgence-santé	● Agence (comité régional) ● CH tertiaires et secondaires adulte ● Urgences-santé	2007 Continu
➤ S'assurer de la capacité des centres désignés à poursuivre leur mission de centres secondaires en traumatologie.	➤ Dépôt d'un plan d'action, entériné par l'organisation, visant à remédier aux points faibles identifiés par le groupe-conseil ministériel en traumatologie	● Agence ● Centres secondaires	Hiver 2007

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Identifier et assurer les conditions de réussite permettant le maintien d'une désignation	➤ Échange avec les établissements concernés ➤ Identification des conditions gagnantes ➤ Mise en place des leviers selon leur degré de priorité	● Agence ● Centres secondaires	Hiver 2007
➤ Déposer une proposition de réorganisation des services aux traumatisés sur l'Île de Montréal	➤ Analyse des données disponibles	● Agence	Hiver 2007
➤ Concrétiser le soutien des centres tertiaires aux centres secondaires	➤ Instauration de mécanismes de communication efficace entre l'établissement secondaire et l'établissement tertiaire où un corridor est établi; ➤ Partage d'outils prescrit par la matrice en traumatologie tel que protocoles ou procédures; ➤ Présence d'un représentant du centre tertiaire au comité local du centre secondaire lorsque requis; ➤ Intégration du personnel des établissements secondaires à la formation offerte par les établissements tertiaires.	● Centres tertiaires ● Centres secondaires	Continu
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce aux traumatisés avec profil gériatrique		● CH secondaires adulte ● Agence	Diffusion des orientations ministérielles

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
Cibles spécifiques en regard des établissements tertiaires pédiatriques, santé physique **et réadaptation spécialisée			
➤ Revoir les corridors de service intra et interrégionaux en fonction des territoires des RUIS, signer les ententes relatives aux transferts des victimes de traumatisme et en informer l'Agence	➤ S'assurer de la conformité des corridors selon les territoires des RUIS et les orientations ministérielles ➤ Signature des ententes ➤ Dépôt, à l'agence, des ententes signées	● CH pédiatriques	2007
➤ Mettre en place des moyens permettant de s'assurer du transfert de la clientèle traumatisée vers les établissements désignés, tertiaire ou centre d'expertise, lorsque celle-ci nécessite ce niveau de soins	➤ Analyse ponctuelle des données extraites de la banque de données Med-Écho et de celles d'Urgences santé ➤ Communication aux établissements déviants ➤ Suivi régulier des données	● Agence ● Urgences-santé ● CH désignés	continu
➤ Élaborer un plan de mesures d'urgence concerté permettant de répondre promptement à une situation de désastre extérieur	➤ Identification des personnes responsables ➤ Clarification des buts poursuivis ➤ Identification de la clientèle visée ➤ Élaboration des mécanismes de mise en tension	● CH pédiatriques ● Agence ● Urgences santé	2008
➤ Établir des mécanismes de liaison avec le centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec afin de maintenir le niveau de connaissance à jour dans ce domaine	➤ Partage d'information quant au formation, colloque, congrès	● CH pédiatriques ● CRME	continu

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Réviser l'utilisation des soins et services en réadaptation spécialisée pour les enfants victimes de brûlures graves	➤ Élaboration de critères permettant l'orientation en réadaptation spécialisée lorsque se termine l'épisode de soins en santé physique et réadaptation précoce	● CH pédiatriques ● CRME	2008
➤ Entreprendre les démarches nécessaires afin d'assurer la présence d'un représentant des centres pédiatriques, aux tables décisionnelles touchant la clientèle enfants et adolescents, victimes de brûlures graves	➤ Représentations au Ministère	● Agence	Hiver 2007
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en soins physiques et en réadaptation précoce et spécialisée aux enfants et adolescents victimes de blessures orthopédiques graves		● CH pédiatriques ● CRME	Diffusion des orientations ministérielles
4) Réadaptation spécialisée (fonctionnelle intensive ou axée sur l'intégration sociale)			
Cibles spécifiques en regard des établissements de réadaptation spécialisée, adulte ¹³			
➤ Doter les établissements de réadaptation d'un système d'information clientèle commun		● Agence ● CR	Déploiement provincial du SIC DP

¹³ Cette cible s'adresse également au CRME.

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en réadaptation fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale aux traumatisés avec profil gériatrique			Diffusion des orientations ministérielles
➤ S'arrimer aux orientations ministérielles quant à l'organisation de l'offre de service en réadaptation fonctionnelle intensive et axée sur l'intégration sociale aux victimes de blessures orthopédiques graves			Diffusion des orientations ministérielles
➤ Compléter l'évaluation des besoins en nombre de lits requis pour la clientèle spécifique : BOG, brûlures graves et blessures médullaires par traumatismes	➤ Identification des besoins non comblés	● CR ● Agence	2008
➤ Développer des ressources d'hébergement spécifique à la clientèle victime de traumatisme et porteuse de double diagnostic	➤ Identification de la clientèle visée ➤ Définition des volumes ➤ Documentation des besoins ➤ Description du profil des ressources requises ➤ Dépôt des recommandations à l'Agence	● CH ● CR ● Agence	Hiver 2008

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
5) Soutien à l'intégration et à la participation sociale			
Cibles spécifiques en regard des établissements de réadaptation axée sur l'intégration sociale et des CSSS			
➤ Définir les services requis par la clientèle spécifique, en vue d'un retour à domicile, et les déployer en fonction de leur priorité	➤ Identification de la clientèle visée ➤ Définition des besoins ➤ Inventaire des ressources disponibles dans la communauté ➤ Mise en place l'offre de service selon les priorités	• CR • CSSS • Associations • Organismes communautaires	Continu
➤ S'assurer de l'accès au service de soutien à domicile, d'une personne couverte par un autre régime public d'assurance comme celui de l'assurance automobile du Québec ou celui de la santé et de la sécurité du travail	➤ Identification des situations problématiques ➤ Analyse des motifs ➤ Échange avec les services de maintien à domicile pour pistes de solution	• CR • CSSS	Continu
➤ S'assurer d'une meilleure connaissance par les CSSS, du support offert par les centres Lucie Bruneau et Constance-Lethbridge en regard du transfert d'expertise vers la 1 ^{re} ligne pour ce qui concerne la clientèle spécifique ¹⁴	➤ Clarification des rôles et mandats ➤ Plan de communication	• CR	Printemps 2007

¹⁴ Cette cible s'adresse également au CRME.

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
6) Clientèles spécifiques			
Les personnes traumatisées craniocérébrales			
➤ Élaborer le consortium régional de Montréal pour les soins et services offerts aux adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère		● Agence	À déterminer
➤ Poursuivre l'actualisation du plan d'action révisé, portion tronc commun, du consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère		● Agences du consortium ● Établissements du consortium	Selon le plan d'action établi
➤ Actualiser le plan d'action du consortium interrégional de l'Ouest du Québec et celui du consortium de Montréal, offrant des services aux enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré et sévère		● Agences du consortium ● Établissements du consortium	Selon le plan d'action établi
➤ Élaborer et déposer un plan d'implantation pour l'organisation des services pour la clientèle adulte, enfant et adolescent ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)		● Agence	À déterminer

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Mettre en œuvre le plan d'organisation TCCL	➤ Élaboration du plan d'implantation	● Agence	À déterminer
Les personnes blessées médullaires			
➤ S'assurer du respect de l'orientation de la clientèle blessée médullaire à l'entrée du continuum de services	➤ Suivi des informations disponibles ➤ Communication aux établissements déviant ➤ Élaboration de pistes de solution avec le préhospitalier d'urgence	● Agence ● Centre d'expertise ● Urgences santé	Continu
➤ Actualiser le plan d'action 2006-2009		● Centre d'expertise	Continu
Les blessés médullaires tétraplégiques ventilo-assistés			
➤ Déposer un plan d'action répondant aux recommandations émises par le groupe conseil en traumatologie lors de sa visite en novembre 2005		● Centre d'expertise ● Agence	Automne 2006
Les victimes de brûlures graves			
➤ Élaborer une programmation intégrée		● Centre d'expertise	2007
➤ Supporter le centre d'expertise dans l'élaboration d'une programmation intégrée	➤ Participation du représentant de l'agence à des rencontres ciblées	● Agence ● Centre d'expertise	Continu
➤ Développer le continuum de services interrégional	➤ Identification des établissements du continuum ➤ Mise en place des corridors de service ➤ Partage des responsabilités	● Centre d'expertise	2007
➤ Supporter le centre d'expertise dans le développement du continuum de services interrégional	➤ Participation du représentant de l'agence à des rencontres ciblées	● Agence ● Centre d'expertise	Continu

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier
➤ Poursuivre les démarches nécessaires afin que soient inscrites au RTQ les victimes de brûlures graves ainsi que l'information pertinente en regard de cette clientèle	➤ Échange avec les responsables du programme québécois de traumatologie	● Agence (comité régional)	2007

Annexes

Annexe 1

Sommaire des cas inscrits au RTQ - Région de Montréal entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005

Légende : H (hommes) %

	2002-2003				2003-2004				2004-2005				Total 2002-2005
	Cas inscrits	% H	Âge moyen	DMS	Cas inscrits	% H	Âge moyen	DMS	Cas inscrits	% H	Âge moyen	DMS	
Hôpital du Sacré-Cœur	1 038	56,9%	56,0	15,20	1 079	54,8%	57,2	16,50	1 244	57,0%	57,4	15,20	
Hôpital général de Montréal	1 217	58,9%	52,8	13,50	1 369	62,3%	52,6	12,50	1 368	59,6%	53,0	13,00	
Total Centres tertiaires adultes	2 255				2 448				2 612				7 315
Jean-Talon	274	34,3%	68,6	13,70	267	31,1%	70,7	13,77	259	38,1%	72,5	12,29	
Santa Cabrini	393	38,2%	71,7	14,60	387	32,2%	70,8	15,83	409	36,1%	71,0	12,70	
Total Centres secondaires adultes	667				654				668				1 989
Ste-Justine	477	64,6%	7,5	6,21	516	65,9%	8,2	6,38	445	66,3%	8,1	5,90	
Montréal pour enfants	249	67,9%	9,2	5,03	229	69,7%	9,2	4,88	229	65,9%	9,0	5,08	
Total Centres pédiatriques	726				745				674				2 145
GRAND TOTAL	3 648				3 847				3 954				11 449

Annexe 2

Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements pédiatriques entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	HSJ	HME	Total	HSJ	HME	Total	HSJ	HME	Total	
Cas inscrits	477	249	726	516	229	745	445	229	674	2 145
Décès (urgence et après admission)	6	3	9	9	4	13	7	2	9	31
ISS >15	88	38	126	88	37	125	71	35	106	357
ISS > 15 %	18%	15%		17%	16%		16%	15%		
TCC total	155	99	254	187	102	289	140	92	232	775
GCS inscrit	118	81	199	145	81	226	109	69	178	603
GCS inscrit ≤ 8	23	9	32	28	12	40	21	10	31	103
GCS manquant ou incomplet	37	18	55	42	21	63	31	23	54	172
BO	262	126	388	269	110	379	233	107	340	1 107
ISS >15	29	16	45	20	12	32	17	11	28	105
ISS > 15 %	11%	13%		7%	11%		7%	10%		
Blessés médullaires	1	-	1	1	-	1	3	-	3	5
ISS >15	1	-	1	1	-	1	2	-	2	4
ISS > 15 %	100%			100%			67%			

Annexe 3

Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements secondaires, adultes entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	Santa Cabrini	HJT	Total	Santa Cabrini	HJT	Total	Santa Cabrini	HJT	Total	
Cas inscrits	393	274	667	387	267	654	409	259	668	1 989
Décès (urgence et après admission)	23	13	36	30	17	47	35	8	43	126
ISS >15	13	9	22	33	10	43	22	15	37	102
IPT 0-3	163	121	284	116	122	238	145	92	237	759
IPT 4-24	2	3	5	11	3	14	6	2	8	27
IPT manquant ou non disponible	228	150	378	260	144	404	258	165	423	1 205
TCC total	13	6	19	25	9	34	16	7	23	76
GCS inscrit	8	5	13	19	7	26	6	6	12	51
GCS inscrit ≤ 8	1	3	4	3	1	4	5	1	6	14
GCS manquant ou incomplet	5	1	6	6	2	8	10	1	11	25
BO	310	242	552	290	233	523	301	221	522	1 597
ISS >15	4	4	8	16	6	22	5	8	13	43
ISS > 15 (%)	1%	2%		6%	3%		2%	4%		
Blessés médullaires	-	-	-	8		8	-	-	-	8
ISS >15	-	-	-	3		3	-	-	-	3
ISS > 15 (%)				38%						

Annexe 4

Informations sur les usagers inscrits au RTQ pour les établissements tertiaires, adultes entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	HSC	HGM	Total	HSC	HGM	Total	HSC	HGM	Total	
Cas inscrits	1 038	1 217	2 255	1 079	1 369	2 448	1 244	1 368	2 612	7 315
Décès (urgence et après admission)	101	110	211	97	86	183	107	112	219	613
ISS >15	368	344	712	377	432	809	471	462	933	2 454
IPT 0-3	268	354	622	318	409	727	357	427	784	2 133
IPT 4-24	104	138	242	142	140	282	132	133	265	789
IPT manquant ou non disponible	666	725	1 391	619	820	1 439	720	805	1 525	4 355
TCC total	321	315	636	357	380	737	399	374	773	2 146
GCS inscrit	176	257	433	146	319	465	238	268	506	1 404
GCS inscrit ≤ 8	60	85	145	57	84	141	80	77	157	443
GCS manquant ou incomplet	145	58	203	211	61	272	161	106	267	742
BO	640	770	1 410	628	840	1 468	703	873	1 576	4 454
ISS >15	162	151	313	152	159	311	175	174	349	973
ISS > 15 %	25%	20%		24%	19%		25%	20%		
Blessés médullaires	65	14	79	57	16	73	107	25	132	284
ISS >15	53	9	62	46	9	55	85	17	102	219
ISS > 15 %	82%	64%		81%	56%		79%	68%		

Annexe 5

Informations sur la cause du traumatisme des usagers inscrits au RTQ entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2005

pour les établissements pédiatriques

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	HSJ	HME	Total	HSJ	HME	Total	HSJ	HME	Total	
<i>Cas inscrits</i>	477	249	726	516	229	745	445	229	674	2 145
* Accident de véhicule à moteur	88	57	145	114	52	166	110	56	166	477
* Arme à feu	3	3	6	-	4	4	4	4	8	18
* Arme blanche	1	-	1	1	-	1	4	1	5	7
* Chute	252	138	390	274	116	390	209	119	328	1 108
* Objet contondant	70	15	85	73	10	83	64	16	80	248
* Objet coupant	11	6	17	16	10	26	9	6	15	58
* Autres	52	30	82	38	37	75	45	27	72	229

pour les établissements secondaires

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	Santa Cabrini	HJT	Total	Santa cabrini	HJT	Total	Santa Cabrini	HJT	Total	
<i>Cas inscrits</i>	393	274	667	387	267	654	409	259	668	1 989
* Accident de véhicule à moteur	52	48	100	49	41	90	53	29	82	272
* Arme à feu	-	-	-	5	-	5	-	-	-	5
* Arme blanche	-	-	-	2	-	2	1	-	1	3
* Chute	320	215	535	309	212	521	329	218	547	1 603
* Objet contondant	2	-	2	3	-	3	2	-	2	7
* Objet coupant	3	1	4	1	-	1	-	-	-	5
* Autres	16	10	26	18	14	32	24	12	36	94

pour les établissements tertiaires

	2002-2003			2003-2004			2004-2005			TOTAL
	HSC	HGM	Total	HSC	HGM	Total	HSC	HGM	Total	
<i>Cas inscrits</i>	1 038	1 219	2 257	1 079	1 367	2 446	1 244	1 368	2 612	7 315
* Accident de véhicule à moteur	328	286	614	317	340	657	385	329	714	1 985
* Arme à feu	14	24	38	13	18	31	17	28	45	114
* Arme blanche	22	58	80	20	65	85	27	59	86	251
* Chute	553	648	1 201	586	734	1 320	666	760	1 426	3 947
* Objet contondant	37	134	171	39	131	170	74	127	201	542
* Objet coupant	11	41	52	19	43	62	9	29	38	152
* Autres	73	28	101	86	36	122	66	36	102	325

Annexe 6

Admissions

avec diagnostic principal de traumatologie, à partir des codes sélectionnés

Établissement	Total	neuro trauma	mus sque	brûl	aut.	Durée de séjour			Âge				Région de provenance					
						0-2	3-6	7+	0-14	15-34	35-64	65 +	Mtl	Lav	Lan	Laur	Mont	Aut.
Hôpital général de Montréal	1525	412	908	10	195	352	442	731		462	572	491	1095	31	14	23	207	155
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1369	451	764	1	153	342	274	753		324	508	537	606	333	92	163	75	100
Hôpital Ste-Justine	703	170	392	75	66	415	122	166	617	86			263	55	49	114	182	40
Hôpital de Montréal pour enfants	530	268	210	12	40	415	74	41	445	85			314	19	1	11	136	49
Hôpital Santa Cabrini	533	62	410	3	58	186	114	233		50	185	298	484	7	18	8	14	2
Hôpital Jean-Talon	394	21	349	1	23	126	84	184		42	125	227	329	44	6	5	6	4
Hôpital Notre-Dame du CHUM	490	59	358	2	71	136	138	216		84	187	219	401	9	12	16	36	16
Hôpital Hôtel-Dieu de CHUM	572	20	389	139	24	216	109	247	2	102	249	219	439	8	25	21	62	17
Hôpital St-Luc du CHUM	293	8	231	4	50	85	78	130	1	51	102	139	228	7	3	10	31	14
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	713	45	594	12	62	344	118	251	91	117	223	282	607	8	36	17	30	15
Hôpital Général Juif	599	38	525	4	32	187	102	310		53	153	393	543	16		8	16	16
Hôpital Général du Lakeshore	443	9	413	4	17	247	78	118	20	49	175	199	341	1	3	9	82	7
Centre hospitalier de Verdun	422	18	384	1	19	152	106	164	2	50	138	232	356	4	6	3	32	21
Centre hospitalier Fleury	385	11	360		14	229	64	92		48	171	166	275	69	19	9	11	2
Centre hospitalier St-Mary	320	18	284	2	16	57	75	188		24	66	230	297	2	1	4	11	5
Hôpital Royal Victoria	73	10	35	1	27	40	17	16		20	30	23	44	3	1	1	12	12
Centre hospitalier de Lachine	29	2	24		3	21	4	4		6	14	9	24			1	3	1
Année 2004-2005	9393	1622	6630	271	870													
Hôpital général de Montréal	1440	372	873	13	182	312	386	742	1	415	546	478	1016	28	18	34	178	166
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1189	359	713	9	108	316	252	621		289	434	466	524	294	92	143	54	82
Hôpital Ste-Justine	704	192	399	46	67	384	163	157	613	91			247	57	44	113	210	33
Hôpital de Montréal pour enfants	653	360	224	28	41	515	89	49	546	107			420	18	5	10	158	42
Hôpital Santa Cabrini	532	61	412	6	53	185	106	241	1	60	180	291	481	9	12	3	17	10
Hôpital Jean-Talon	438	18	391	2	27	166	77	195		66	146	226	357	37	11	15	11	7
Hôpital Notre-Dame du CHUM	480	66	354	2	58	144	131	205		72	177	231	387	14	16	7	44	12
Hôpital Hôtel-Dieu de CHUM	506	19	327	133	27	168	101	237		100	197	209	374	9	16	22	60	25
Hôpital St-Luc du CHUM	255	5	221	2	27	71	82	102	1	42	80	132	204	5	3	3	32	8
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	702	47	564	16	75	321	149	232	106	120	228	248	598	14	34	17	28	11
Hôpital Général Juif	608	48	529	5	26	180	115	313		76	159	373	538	17	3	8	22	20
Hôpital Général du Lakeshore	464	23	426	1	14	253	73	138	12	56	194	202	338	9		7	103	7
Centre hospitalier de Verdun	437	24	385		28	144	114	179	1	51	133	252	387	2		6	31	11
Centre hospitalier Fleury	390	13	368	1	8	233	56	101	3	60	154	173	292	50	22	9	14	3
Centre hospitalier St-Mary	296	9	274	1	12	61	72	163		25	68	203	258	12	1		14	11
Hôpital Royal Victoria	87	6	38	8	35	60	10	17	1	33	33	20	57	3	1	4	10	12
Centre hospitalier de Lachine	105	2	96	2	5	67	16	22		16	48	41	86	3	1	1	10	4
Année 2003-2004	9286	1624	6594	275	793													
Hôpital général de Montréal	1315	344	802	14	155	318	370	627	4	380	495	436	956	23	9	31	166	130
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1124	317	702	2	103	285	274	565	1	283	422	418	503	301	68	133	55	64
Hôpital Ste-Justine	651	172	357	54	68	364	145	142	582	68	1		256	50	44	102	166	33
Hôpital de Montréal pour enfants	655	361	230	28	36	506	105	44	560	95			439	18	7	18	138	35
Hôpital Santa Cabrini	526	44	443	4	35	145	110	271	1	63	155	307	460	20	13	2	26	5
Hôpital Jean-Talon	402	13	361	1	27	135	66	201	2	66	126	208	326	33	7	15	15	6
Hôpital Notre-Dame du CHUM	401	44	307	3	47	108	109	184		58	134	209	328	17	7	4	33	12
Hôpital Hôtel-Dieu de CHUM	541	17	351	153	20	213	91	237		113	219	209	385	19	18	13	64	42
Hôpital St-Luc du CHUM	235	7	201	4	23	65	83	87	1	27	95	112	194	5	4	4	19	9
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	622	39	500	10	73	309	119	194	99	115	213	195	529	13	33	12	23	12
Hôpital Général Juif	612	49	524	9	30	164	114	334		66	142	404	536	27	3	9	19	18
Hôpital Général du Lakeshore	418	13	390	1	14	225	65	128	16	60	165	177	299	10	3	6	88	12
Centre hospitalier de Verdun	413	11	379	2	21	123	129	161	3	53	112	245	356	3	1	5	35	13
Centre hospitalier Fleury	387	11	370		6	257	38	92		44	182	161	295	39	15	16	17	5
Centre hospitalier St-Mary	280	6	259	1	14	58	57	165		30	52	198	259	9	3	1	5	3
Hôpital Royal Victoria	61	7	30	2	22	32	7	22		20	12	29	45	1	3	1	5	6
Centre hospitalier de Lachine	106	2	99		5	48	24	34		14	39	53	86	1		1	15	3
Année 2002-2003	8749	1457	6305	288	699													

Source : Med-Echo

Annexe 7

Principaux codes Med-Écho reliés à la traumatologie

Neuro-trauma	
800	fracture de la voûte du crâne
801	fracture de la base du crâne
802	fracture des os de la face
803	fracture du crâne, autre, non précisée
804	fractures multiples du crâne ou de la face associées à d'autres fractures
805	fractures de la colonne vertébrale sans lésion médullaire
806	fractures de la colonne vertébrale avec lésion médullaire
850	commotion cérébrale
851	déchirure et contusion cérébrales
852	hémorragie sous arachnoïdienne, sous durale et extradurale traumatiques
853	hémorragie intracrânienne traumatique, autre ou sans précision
854	traumatisme intracrânien de nature autre et non précisés
900	traumatisme des vaisseaux de la tête et du cou
952	traumatisme de la moelle épinière, sans signes de lésion vertébrale
953	traumatisme des racines et des plexus rachidiens
Musculo - squelettique	
807	fracture d'une ou de plusieurs côtes, du sternum, de la trachée et du larynx
808	fracture du bassin
809	fracture, mal définie du tronc
810	fracture de la clavicule
811	fracture de l'omoplate
812	fracture de l'humérus
813	fracture du radius et du cubitus
817	fractures multiples des os de la main
819	autres fractures multiples intéressant les membres supérieurs
820	fracture du col du fémur
821	fracture de partie autre ou non précisée du fémur
822	fracture de la rotule
823	fracture du tibia et du péroné
824	fracture de la malléole
835	luxation de la hanche
836	luxation du genou
837	fracture de la cheville
839	luxations, autres, multiples ou mal définies
Brûlures	
941 à 948	brûlures
Autres	
860	pneumothorax et hémithorax traumatiques
861	traumatisme du cœur et du poumon
862	traumatisme d'organes intrathoraciques autres ou non précisés
863	traumatisme du tube digestif
864	traumatisme du foie
865	traumatisme de la rate
866	traumatisme du rein
867	traumatisme des organes pelviens
868	traumatisme d'autres organes intra-abdominaux
869	traumatisme interne d'organe non précisé ou mal défini
870	plaie du globe oculaire
874	plaie du cou
887	amputation traumatique du bras et de la main
895	amputation traumatique d'orteil
896	amputation traumatique du pied
897	amputation traumatique du membre inférieur
901	traumatisme des vaisseaux du thorax
902	traumatisme des vaisseaux sanguins de l'abdomen et du bassin
903	traumatisme des vaisseaux sanguins du membre supérieur
904	traumatisme des vaisseaux sanguins du membre inférieur et de sièges autres et non précisés
955 - 956	traumatisme des nerfs périphériques
958	diverses complications précoces des traumatismes
959.8	traumatisme, autres localisations précisés, y compris localisations multiples

La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes

Chapitre soumis par la DSP.

Rédaction : Louis Drouin, François Thérien, Gilles Lavoie

1. Introduction

Les traumatismes coûtent cher en termes de souffrances pour les victimes et leurs familles, par les handicaps et les décès prématurés qu'ils provoquent. Ils représentent aussi une charge importante pour le système de santé, tant dans le domaine des soins aigus, souvent spécialisés et ultraspecialisés, que dans ceux des services de réadaptation ou même des soins de longue durée.

Les accidents, bien qu'ils surviennent toujours de façon imprévue lorsqu'on les regarde un par un, ne sont pourtant pas une fatalité et dans une large mesure, la morbidité et la mortalité qui leur sont associées sont évitables par la mise en place de stratégies préventives visant les facteurs déterminants : au niveau des individus, de leurs habitudes de vie et de leurs comportements et au niveau de l'environnement, social ou physique.

Nous présenterons dans ce document un profil des traumatismes (entendus ici comme les événements codifiés dans le regroupement 17 de la Classification internationale des maladies, CIM-9 ou CIM-10) parmi l'ensemble de la mortalité et de la morbidité hospitalière. Nous examinerons ensuite plus en détail une ventilation de la mortalité et de la morbidité par traumatisme afin d'identifier des problématiques pour lesquelles le potentiel de gain en termes de santé et bien-être grâce à des interventions en Prévention/Promotion est le plus élevé.

Nous définirons également des cibles en connaissance-surveillance afin d'améliorer notre compréhension des problèmes, de leur ampleur et de leurs circonstances et d'en suivre de façon plus étroite l'évolution au fil des années.

Nous analyserons les traumatismes par le biais des données disponibles sur la mortalité (fichier des décès, SP-3) et de la morbidité hospitalière (fichier Med-Écho). Cette avenue comporte cependant des limites car nous savons d'emblée que le portrait qui s'en dégage ne reflète pas la totalité du fardeau (le « burden of disease ») : en effet, une bonne partie des traumatismes est traitée à l'urgence sans mener à une hospitalisation (le rapport entre le nombre de cas vus à l'urgence et les admissions pour les blessures est d'environ 20 pour 1¹⁵). De plus, on ne peut supposer que les cas non hospitalisés ne représentent que des blessures mineures : en contexte de virage ambulatoire, des cas sérieux, par exemple de trauma crânien, ne sont pas nécessairement une indication pour hospitaliser.

¹⁵ Par ex. à l'Urgence du MCH, 13500 cas de blessures, dont seulement 600-700 sont hospitalisés (communication de Debbie Friedman). En Ontario, en 2002-2003, on rapporte 19,4 visites à l'urgence pour une hospitalisation (ICES 2005) pour l'ensemble des traumatismes. Le ratio est cependant moins élevé pour les chutes chez les personnes âgées.

Pour ce qui est de la mortalité, afin de donner une idée plus complète de l'impact, nous examinerons la part des traumatismes dans les années potentielles de vie perdues. Nous présenterons ensuite un profil des traumatismes selon les mécanismes (codes E de CIM-9) et les groupes d'âge. Dans une perspective de prévention-promotion, la connaissance des mécanismes (et circonstances) par lesquels un traumatisme se produit est évidemment essentielle pour définir les cibles et stratégies d'intervention.

2. Portrait des traumatismes à Montréal

2.1. Les traumas dans l'ensemble de la mortalité

Les traumatismes sont la cause d'environ 5 % des décès à Montréal (tableau 1 pour l'année 2003). Parmi les décès par traumatisme, le tableau 2 présente une ventilation selon les catégories utilisées dans les rapports du coroner.

Tableau 1
Fréquence des décès (fichier SP-3)
par catégorie de diagnostics (CIM-10) et par groupe d'âge, résidents de Montréal, année civile 2003

Regroupement	Catégorie de Dx	>19 ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% Total
1	Maladies infectieuses et parasitaires	4	117	373	494	3,2 %
2	Tumeurs	12	1 149	3 398	4 559	29,9 %
3	Sang et organes hématopoïétiques.	3	13	76	92	0,6 %
4	Maladies endocr.	3	105	599	707	4,6 %
5	Troubles mentaux	0	23	687	710	4,7 %
6	Système nerveux et organes des sens	7	84	762	853	5,6 %
7	Appareil circulatoire	5	618	3 970	4 593	30,1 %
8	Appareil respiratoire	4	100	1 100	1 204	7,9 %
9	Appareil. digestif	1	141	505	647	4,2 %
10	Peau et tissu cell. sous-cutané	0	2	8	10	0,1 %
11	Système ostéo-articulaire	0	8	67	75	0,5 %
12	Appareil génito-urinaire	0	33	313	346	2,3 %
13	Grossesse et accouchement	0	1	0	1	0,0 %
14	Affections périnatales	41	11	0	52	0,3 %
15	Malformations congénitales	18	14	6	38	0,3 %
16	Symptômes mal définis	4	26	80	110	0,7 %
17	Causes externes de mortalité et morbidité (traumas)	24	416	334	774	5,1 %
Total		126	2 861	12 278	15 265	100 %

Tableau 2
Fréquence des décès par trauma (fichier SP-3)
par catégorie de trauma (mécanisme) et groupe d'âge, résidents de Montréal,
année civile 2003

Mécanisme du trauma	<19ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% total
Accident de la circulation	6	41	23	70	9,0 %
Chute	2	29	63	94	12,1 %
Intox. accidentelle	3	60	4	67 ¹⁶	8,7 %
Incendie	2	11	5	18	
Suffocation-strangulation	1	8	7	16	2,1 %
Noyade	1	7	1	9	1,2 %
Autres accidents	2	16	185	203	26,2 %
Accidents méd.-chirurg.	0	6	11	17	2,2 %
Faits de guerre	0	1	0	1	0,0 %
Homicide	1	34	6	41	5,3 %
Intention indéterminée	1	13	1	15	1,9 %
Suicide	5	190	28	223	28,8 %
Total	24	416	334	774	100 %

On notera au tableau 2 l'importance du suicide parmi les causes de décès traumatique, en particulier chez les adultes où ils comptent pour près de la moitié des décès par traumatisme (190 sur 416). La catégorie qui semble arriver en seconde position, « autres accidents », est constituée en grande partie (183 cas sur 203) du code X-58-59 (« exposition accidentelle à des facteurs, sans autre indication ») dans la CIM-10¹⁷. Ces événements auraient pour la plupart été classés parmi les chutes si la CIM-9 avait été utilisée.

On peut donc affirmer sans grand risque d'erreur que les chutes constituent en réalité la deuxième cause en importance de mortalité traumatique, en particulier pour les personnes âgées : si on compte parmi les chutes les « expositions accidentelles à des facteurs » qui sont au nombre de 180 chez les plus de 65 ans, les chutes causent plus de 80 % des décès traumatiques (94+180 sur 334) parmi les aînés.

Mais l'impact des traumatismes se révèle beaucoup plus important quand on considère la perte d'années potentielles de vie plutôt que les seules données brutes de mortalité (tableau 3).

Alors qu'ils ne comptaient qu'à peine plus de 5 % des décès, les traumatismes sont responsables de presque 1/5 (18,5 %) des années potentielles de vie perdues.

¹⁶ 33 des 67 décès par intoxication accidentelle sont reliés aux narcotiques et hallucinogènes (overdose), tous (sauf 1) dans le groupe des 20-64.

¹⁷ La CIM-10 est utilisée depuis 2000 pour codifier la mortalité. La CIM-9 était utilisée jusqu'au 1^{er} avril 2006 pour la codification de la morbidité hospitalière.

Tableau 3
 Années potentielles de vie perdues (calculées à partir du fichier SP-3)
 taux/100 000, par groupe d'âge, résidents de Montréal, année civile 2003

Regroupement	Catégorie de Dx	>19ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% total
1	Maladies infectieuses et parasitaires	69,2	256,4	119,4	196,2	4,2 %
2	Tumeurs	189,5	1 943,9	2 159,1	1 605,0	34,2 %
3	Sang et organes hématopoïétiques.	52,9	24,9	30,3	31,6	0,7 %
4	Maladies endocr.	51,2	178,8	234,4	160,2	3,4 %
5	Troubles mentaux	0	46,3	52,7	37,5	0,8 %
6	Système nerveux et organes des sens	109,2	168,2	160,0	154,5	3,3 %
7	Appareil circulatoire	78,3	1 042,1	1 307,2	878,0	18,7 %
8	Appareil respiratoire	65,1	166,0	346,7	171,8	3,7%
9	Appareil digestif	18,5	267,6	243,3	211,3	4,5 %
10	Peau et tissu cell. sous-cutané	0	4,1	0	2,6	0,1 %
11	Système ostéo-articulaire	0	16,6	20,7	13,7	0,3 %
12	Appareil génito-urinaire	0	52,3	63,8	42,9	0,9 %
13	Grossesse et accouchement	0	3,3	0	2,1	0,0 %
14	Affections périnat.	717,8	34,9	0	174,2	3,7 %
15	Malformations congénitales	313,8	38,8	3,9	91,8	2,0 %
16	Symptômes mal définis	64,1	56,0	24,2	53,0	1,1 %
17	Causes externes de mortalité et morbidité (traumas)	369,8	1 207,4	121,9	866,7	18,5 %
Total		2 099,2	5 507,5	4 887,5	4 693,1	100 %

Le tableau 4 fait ressortir l'importance considérable du suicide parmi les causes de décès traumatique : 43 % des APVP sont dues au suicide (qui, en termes de mortalité brute, comptait déjà pour près de 30 % des décès par trauma). Comme cause de mortalité prématurée, le suicide dépasse donc les accidents de la circulation, les chutes, les intoxications accidentelles et les « autres accidents » combinés.

Tableau 4
Taux des années potentielles de vie perdues (calculées à partir du fichier SP-3)
par mécanisme et par groupe d'âge, résidents de Montréal, année civile 2003

Mécanisme du trauma	<19ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% total
Accident de la circulation	94,5	124,0	21,4	102,3	11,8 %
Chute	28,9	71,6	14,3	53,9	6,2 %
Intoxication accidentelle	48,1	177,3	8,9	124,7	14,4 %
Incendie	29,9	28,8	7,8	25,9	3,0 %
Suffocation-strangulation	16,5	17,9	3,2	15,4	1,8 %
Noyade	14,7	22,1	0	17,2	2,0 %
Autres accidents	12,7	8,7	32,8	10,1	1,2 %
Accidents médecine-chirurgie	0	11,7	6,1	8,4	1,0 %
Faits de guerre	0	2,4	0	1,5	0,2 %
Homicide	14,7	113,9	10,7	77,4	8,9 %
Intention indéterminée	14,7	40,8	1,4	29,4	3,4 %
Suicide	73,9	554,7	21,0	372,7	43,0 %
Total	369,8	1 207,4	121,9	866,9	100 %

2.2. Les traumatismes dans l'ensemble de la morbidité hospitalière

Pour ce qui concerne la morbidité hospitalière, la part des traumatismes est un peu plus importante que pour les décès : près de 8 % des admissions sont associées à un diagnostic de traumatisme (tableau 5)

Tableau 5
Fréquence des admissions (selon Dx principal) par catégories de diagnostic (CIM-9)
par groupe d'âge, résidents de Montréal et moyenne de deux années (1997-98 et 2003-2004)
en appliquant l'algorithme de Pelletier¹⁸

Regroupement	Catégorie de Dx	<19 ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% total
1	Maladies infectieuses et parasitaires	748	1 099	1 011	2 857	2,0 %
2	Tumeurs	409	6 794	7 292	14 495	10,3 %
3	Maladies endocr.	272	1 361	1 416	3 049	2,2 %
4	Sang et organes hématopoïétiques	449	484	609	1 542	1,1 %
6	Système nerveux et organes des sens	567	1 455	1 487	3 508	2,5 %
7	Appareil circulatoire	182	7 574	15 829	23 585	16,8 %
8	Appareil respiratoire	3 353	3 148	6 533	13 033	9,3 %

¹⁸ Avec l'algorithme de Pelletier, on ne considère que les soins physiques de courte durée, c.-à-d. en excluant les chirurgies d'un jour, les hospitalisations post mortem, les hospitalisations en soins de longue durée dans des unités de courte durée, les hospitalisations de type hôpital d'un jour, les hospitalisations de nouveau-nés en bonne santé, les hospitalisations pour troubles mentaux, les hospitalisations dans des centres hospitaliers dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, ou l'hébergement et les soins de longue durée, hospitalisations des non-résidents québécois (Choinière 2001 : 429-430).

Tableau 5 (suite)
Fréquence des admissions (selon Dx principal) par catégories de diagnostic (CIM-9)

Regroupement	Catégorie de Dx	<19 ans	20-64 ans	>65 ans	Tous âges	% total
9	Appareil digestif	1 398	7 627	5 943	14 968	10,6 %
10	Appareil génito-urinaire	787	4 444	2 990	8 221	5,8 %
11	Grossesse et accouchement	960	23 492	0	24 452	17,4 %
12	Peau et tissu cell. sous-cutané	280	1 064	741	2 084	1,5 %
13	Système ostéo-articulaire	361	1 064	2 927	5 953	4,2 %
14	Malformations congénitales	577	226	37	839	0,6 %
15	Affections périnat	626	0	0	626	0,5 %
16	Symptômes mal définis	923	2 257	2 883	6 062	4,3 %
17	Causes externes de mortalité et morbidité (traumas)	1 462	4 863	4795	11 119	7,9 %
18	Autres facteurs et motifs	459	2 374	1422	4 255	3,0 %
Total		13 808	70 923	55 912	140 644	100 %

Les traumas, comme diagnostic principal, représentent donc quelque 8 % des admissions, soit environ 11 000 par année sur un total de 140 000 admissions pour soins physiques de courte durée (selon l’algorithme de Pelletier).

Le tableau 6 montre la prépondérance des chutes accidentelles parmi les causes de traumatismes conduisant à une hospitalisation : près de la moitié des admissions pour traumatisme surviennent à la suite d’une chute (5 464 admissions sur 11 015 pour deux années).

L’importance des chutes est manifeste à tous les groupes d’âge, mais encore davantage chez les personnes âgées de plus de 65 ans où cette problématique rend compte de près de 70 % des admissions : 3 275 en moyenne sur 4 698. D’ailleurs, à lui seul, le sous-ensemble « chute chez les personnes âgées » compte pour 30 % de toutes les admissions pour traumatisme, tous âges et toutes causes confondues.

Tableau 6
Fréquence des admissions avec Code E (cause externe)¹⁹ par catégorie de cause accidentelle
et par groupe d'âge et moyenne de 1997-98 et 2003-04, résidents de Montréal

Code d'accident	Cause accidentelle	<19ans	20-64 ans	>65 ans	tous âges	% total
E800-807	Acc. de chemin de fer	1	3	0	4	0,0 %
E810-819	Acc. circul. avec véhicule-moteur	147	487	187	820	7,4 %
E820-825	Acc. véh.-mot. hors voie public	9	39	12	60	0,5 %
E826-829	Autres acc. véhicule routier	72	130	17	218	2,0 %
E830-838	Acc. transport par eau	0	5	3	7	0,1 %
E840-845	Acc transport aérien	0	6	1	7	0,1 %
E846-848	Autres acc. avec véhicule-moteur	1	2	0	3	0,0 %
E850-858	Intox. acc. par médicaments	32	14	17	62	0,6 %
E860-869	Intox acc. par autres substances	20	17	6	42	0,4 %
E870-876	Complications d'actes médicaux ou chirurgicaux	5	9	6	20	0,2 %
E878-879	Réactions anormales à actes méd.	192	349	446	987	9,0 %
E880-888	Chutes accidentelles	581	1 609	3 275	5 464	49,6 %
E890-899	Feu	10	30	13	52	0,5 %
E900-909	Agents physiques naturels	28	51	16	94	0,9 %
E910-915	Submersion, suffocation. corps étrangers	62	39	11	112	1,0 %
E916-928	Autres accidents	257	797	163	1217	11,0 %
E929	Séquelles d'accident	27	402	85	514	4,7 %
E930-949	Médicaments et substances biologiques avec effets adverses	44	202	402	648	5,9 %
E950-959	Suicide	47	220	21	288	2,6 %
E960-969	Homicide	84	252	14	349	3,2 %
E970-978	Intervention force public	0	3	0	3	0,0 %
E980-989	Traumas indéterminé	7	35	7	49	0,4 %
E990-999	Traumas de guerre	0	1	0	1	0,0 %
Total		1 621	4 696	4 698	11 015	100 %

¹⁹ Le tableau 6 retient les enregistrements pour lesquels un code E (cause externe ou mécanisme de trauma) est inscrit. Il faut souligner que tous ces enregistrements n'ont pas nécessairement un diagnostic principal de traumatisme (appartenant au regroupement 17 de la CIM-9) et tous les enregistrements avec un diagnostic principal du regroupement 17 n'ont pas nécessairement de code E. C'est pourquoi le nombre total de cas apparaissant au tableau 6 est différent du total retrouvé à la ligne 17 du tableau 5 : 11 015 vs 11 119.

2.3. Quatre priorités pour l'intervention et la connaissance-surveillance

De ce portrait d'ensemble des traumatismes à partir des banques de données administratives, nous pouvons identifier quatre champs d'action prioritaires pour l'intervention préventive et la connaissance-surveillance. Ce sont :

- 1) Les chutes chez les personnes âgées parce qu'elles représentent environ le tiers de tous les décès et de toutes les hospitalisations imputables à des traumatismes.
- 2) Les traumatismes routiers (accidents de la circulation), affectant les piétons, les cyclistes, motocyclistes et occupants de véhicules-moteurs, 2^e cause d'hospitalisation pour traumatisme, 2^e cause d'années potentielles de vie perdues, 3^e cause de mortalité traumatique.
- 3) Le suicide, de loin la première cause de mortalité traumatique et responsable de plus de 40 % des années potentielles de vie perdues par traumatisme et à lui seul, de près de 10 % des années potentielles de vie perdues pour toutes les causes de décès.
- 4) Les homicides (et agressions), ensemble de traumatismes plus important que les brûlures et les noyades. La prévention des agressions mérite une attention, non seulement pour l'impact sur la santé physique de la population, mais autant pour sa contribution à la qualité de la vie sociale.

3. Chutes chez les personnes âgées

Importance du problème

Comme on l'a vu aux tableaux 2 et 7, les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont une cause majeure de mortalité et de morbidité. Si on considère que la quasi-totalité (180 sur 185 en 2003) des décès codifiés comme « Autres accidents » chez les aînés sont effectivement causés par des chutes, il s'ensuit que le nombre total de décès secondaires à des chutes serait de 243 dans ce groupe d'âge, soit 31,1 % de tous les décès traumatiques.

De plus, les chutes sont également responsables des 2/3 des admissions hospitalières pour trauma dans ce groupe d'âge²⁰ et de 30 % de toutes les admissions pour traumatismes de tous les groupes d'âge. À ce chapitre, la situation pour Montréal ne se distingue pas de celle de l'ensemble du Québec.

Les données hospitalières réfèrent évidemment aux cas les plus graves, c.-à-d. aux chutes qui résultent en blessures, comme des fractures ou des blessures à la tête et cette problématique génère des coûts considérables pour le système de soins. Mais avec ou sans blessures, les chutes entraînent souvent des séquelles psychosociales importantes en termes d'anxiété menant à une réduction de la mobilité et de l'autonomie (Chang et coll. 2004, Rubenstein et Josephson 2002, Tinetti 2003, De Rekeneire et coll. 1999) dont l'issue est très souvent l'institutionnalisation (Tinetti et Williams 1997).

²⁰ Ce qui concorde avec les données du tableau 8 sur la provenance et destination des chuteurs âgés hospitalisés : en cumulant deux ans, l'hospitalisation pour chute résulterait en un décès dans 566 cas.

Comme on peut le constater au tableau 7, les données hospitalières nous renseignent de façon très lacunaire sur les circonstances des chutes (mécanisme et lieu) : le mécanisme demeure non précisé pour près de la moitié des admissions (3 139 sur 6 550) et le lieu pour le quart des admissions (1 593 sur 6 550). De plus, l'information consignée dans Med-Écho (quand elle existe) sur le lieu et le mécanisme de la chute est extrêmement sommaire. Il faut aussi rappeler que ces données hospitalières nous indiquent le nombre d'admissions, et non pas le nombre de chutes ayant conduit à une, et parfois à plusieurs hospitalisations.

Tableau 7

Causes et lieux de chutes des admissions hospitalières pour chute (E880-888)
résidents de Montréal âgés de plus de 65 ans, exercices 1997-98 et 2003-04

Cause	Lieu de chute						Total
	Domicile	Établissement collectif	Rue ou route	Édifice public	Autres lieux précisés	Lieux non précisés	
Escalier	307	24	2	45	6	184	568
Chute de plain-pied	1 063	266	310	68	47	506	2 260
Autres mécanismes précisés	346	116	16	16	14	75	583
Mécanismes non précisés	1 540	517	148	70	36	828	3 139
Total	3 256	923	476	199	103	1593	6 550

L'analyse des transports ambulanciers pourrait nous donner une autre image du problème des chutes, cette fois en nous fournissant un nombre d'événements, dont cependant une bonne partie ne conduit pas à une hospitalisation. Ainsi, une étude de Bélanger-Bonneau et coll. (2002) pour les 55 ans et plus de Laval et Montréal ayant bénéficié d'une intervention d'Urgences-santé établissait à 26 % les chutes à l'extérieur du domicile.

Les données hospitalières sont plus parlantes sur la provenance et la destination des personnes hospitalisées pour chute, tel qu'illustré au tableau 8 :

Tableau 8

Provenance et destination des personnes hospitalisées pour chute,
résidents de Montréal âgés de plus de 65 ans, exercices 1997-98 et 2003-04

Provenance	Destination							Total
	CHR	CHSGS	CHSLD	CR	Décès	Domicile	URFI	
CDJ	0	0	1	0	0	21	0	22
CHR	23	0	5	0	2	12	2	44
CHSGS	54	22	21	1	14	36	10	158
CHSLD	23	1	401	1	56	17	13	512
CR	1	0	0	2	0	1	0	4
Domicile	1 738	64	438	2	494	2 493	559	5 788
URFI	0	1	5	0	0	2	14	22
Total	1 839	88	871	6	566	582	598	6 550

On y constate que la vaste majorité des hospitalisations (88 %) pour chute sont le fait de personnes vivant à domicile. Robitaille et Gratton (2005) arrivaient au même chiffre pour l'ensemble du Québec, pour les chutes ayant mené à une hospitalisation. On observe également l'impact des chutes sur la mortalité : en moyenne, pour 283 chuteurs âgés hospitalisés, l'hospitalisation se termine par un décès chaque année à Montréal et ce phénomène est relativement plus important chez les chuteurs provenant d'un CHSLD (11 % des admissions vs 8,5 % pour les âgés vivant à domicile).

L'impact de la chute sur l'institutionnalisation peut aussi être aperçu : 219 hospitalisations en moyenne résultent en une admission en CHSLD pour les chuteurs provenant du domicile. Les chutes chez les personnes âgées, par l'ampleur du phénomène et par la gravité des conséquences, doivent donc être considérées comme un problème prioritaire.

Des interventions efficaces existent

Le cadre de référence ministériel sur « *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les âgés vivant à domicile* » (DGSP 2004) adressé un bon inventaire des facteurs de risque en distinguant selon la matrice de Haddon les facteurs individuels intrinsèques (liés, par exemple à l'état de santé général de la personne) ou comportementaux (habitudes de vie et comportements à risque) et les facteurs environnementaux relatifs au bâti (domiciliaire ou urbain) et au contexte socio-économique. Les mesures de promotion-prévention proposées visent ces divers facteurs de risque dans un continuum qui s'étend du développement des communautés aux interventions personnalisées et qui s'adressent à la population générale ou à des sous-groupes qui ont une expérience de chutes ou qui ont des facteurs de risque avérés.

Un certain nombre de constats importants doivent être mis en lumière :

- 1) Compte tenu du fait que le risque croît avec l'âge, (les plus de 85 ans ayant un risque de chute 8 fois supérieur à celui de 65-74 ans, Robitaille et Gratton 2005) et que la population vieillit, le problème ira en s'accroissant.
- 2) Le problème est multifactoriel et le risque croît avec le nombre de facteurs de risque (Tinetti et coll. 1998).
- 3) Des pratiques efficaces pour prévenir les chutes (ou mitiger leurs conséquences) existent (Gillespie et coll. 2003). Par exemple, deux facteurs déterminants comme la perte d'équilibre et la perte de masse osseuse ou musculaire ne sont pas des fatalités irréversibles. Cependant, notent les auteurs du Cadre de référence ministériel, un écart important existe encore entre les pratiques efficaces ou prometteuses et l'offre de service (peu de programmes ciblant des changements physiologiques réversibles sont accessibles, programmes n'ayant pas nécessairement tous les éléments requis pour être efficace, interventions personnalisées pas toujours disponibles pour personnes à haut risque).

Avec l'objectif de réduire la survenue des chutes chez les personnes âgées et d'en réduire la gravité des conséquences (notamment, de réduire le taux d'hospitalisation pour chute), le continuum de services présenté dans le cadre de référence ministériel comprend les éléments suivants :

- 1) **Les interventions en développement des communautés** visant entre autres l'élaboration de politiques publiques saines (par ex. : des normes plus strictes en matière d'habitation), la création d'environnements favorables (par ex. : des aménagements urbains qui facilitent la mobilité sécuritaire des personnes âgées et par conséquent, permettent une participation sociale plus soutenue, cf Vellas 1999), le soutien de l'action communautaire (par ex. : améliorer l'offre de loisirs).

Évidemment ces mesures sont souvent non spécifiques et se prêtent difficilement à une évaluation de leur efficacité eu égard à un objectif aussi particulier que la réduction des chutes. C'est pourquoi le niveau de preuve pour ces interventions ne peut se comparer à celui qu'on obtient avec les mesures plus ciblées. Les interventions en développement des communautés apparaissent cependant nécessaires pour promouvoir la qualité de vie des aînés d'une façon globale.

- 2) **L'intervention multifactorielle non personnalisée**

Il s'agit ici d'une offre de service adressée à des groupes, pilotée par des organismes communautaires ou des CSSS. On y déploie un programme d'exercices ayant pour objectif d'améliorer l'équilibre, la mobilité et la force musculaire. De plus, l'intervention comprend un volet pour aider les participants à faire une évaluation de leur environnement en égard au potentiel de chute et un autre sur l'adoption de comportements sécuritaires.

La clientèle visée peut être plus large que les seules personnes à risque, mais il a été démontré que l'efficacité de ce type d'intervention est optimisée quand on le destine prioritairement à des personnes présentant des facteurs de risque tels qu'une altération subjective de l'équilibre (Tinetti et coll. 2003) mais qui sont relativement autonomes.

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est chez nous l'exemple le mieux connu de ce type d'intervention. Il se donne à des groupes d'une quinzaine de personnes sur une période de 12 semaines. Le programme PIED est présentement offert dans 10 CSSS sur 12 et le plan de déploiement prévoit qu'il soit offert dans tous les 29 CLSC, trois fois par an.

L'efficacité de ces interventions multifactorielles non personnalisées a été démontrée dans de nombreuses études (cf méta-analyse de Gillespie et col. 2003). Dans la région métropolitaine de Montréal, les résultats préliminaires d'une évaluation pilotée par la DSP révèlent que PIED avait effectivement amélioré l'équilibre et la mobilité des participants (Empreinte de PIED, no 5, mai 2004).

3) **L'intervention médicale préventive**

Compte tenu qu'environ 90 % des personnes de 65 ans et plus consultent le médecin au moins une fois par année, la consultation médicale est une excellente occasion de rejoindre presque toute la population et de faire de la prévention clinique. D'une part, propose le Cadre ministériel, toutes les consultations relatives à une chute devraient donner lieu à une évaluation des causes ainsi qu'à du counseling et de l'orientation pour prévenir la survenue d'autres chutes.

D'autre part, lors des consultations avec des personnes de 75 ans et plus, peu importe le motif, le médecin pose des questions sur l'histoire récente de chute et vérifie la présence de facteurs de risque comme des troubles de la marche ou de l'équilibre.

4) **L'intervention multifactorielle personnalisée** s'adresse aux personnes à risque relativement élevé en raison de leur état de santé ou d'incapacités, soit les personnes âgées en perte d'autonomie qui constituent la clientèle des services de maintien à domicile (estimée à 150 000 au Québec). Des interventions abordant les divers facteurs de risque intrinsèques, comportementaux et environnementaux présentés par chaque bénéficiaire devraient être par les membres des équipes dispensant des soins dans la communauté avec l'apport, s'il y a lieu, d'organismes communautaires ou d'établissements hospitaliers.

Le contenu de ces interventions doit toucher de quatre à six facteurs de risque : les essentiels (capacités physiques, prise de médicaments et utilisation de psychotropes, environnement domiciliaire et urbain) et les complémentaires comme les troubles visuels, la dénutrition, etc.

À Montréal, une formation sera donnée à compter de septembre aux intervenants de CLSC pour le déploiement d'un programme d'interventions multifactorielles personnalisées.

Mise en œuvre

Pour la mise en œuvre de ce continuum de mesures en promotion-prévention, le rôle de l'Agence consiste essentiellement à planifier, concerter et assurer un plan de financement. Elle doit aussi voir à ce que les intervenants dans chaque territoire de CSSS puissent avoir accès à de la formation continue.

Enfin, les médecins doivent être sensibilisés à la problématique des chutes chez les aînés dès les années de formation en faculté de médecine ainsi que dans le cadre de la formation continue. Les CSSS de leur côté sont responsables de la mise en œuvre effective des interventions (personnalisées ou à portée plus générale) sur le terrain.

Les ententes de gestion (Volet Santé publique, 2006-2007) entre l'Agence et les CSSS établissent six indicateurs pour suivre les progrès de la mesure 5 (réduction des chutes chez les aînées) :

- % des personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention en prévention des chutes;
- fréquence de l'offre du programme PIED;
- dépôt d'un plan d'action pour la mise en œuvre du volet personnalisé et médical préventif;
- nombre d'aînés rejoints annuellement par territoire de CSSS pour chacun des volets du continuum;
- nombre d'animateurs de PIED ayant reçu leur accréditation;
- nombre d'intervenants de CSSS ayant reçu la formation pour la mise en place du volet multifactoriel personnalisé.

Objectifs de connaissance-surveillance

Afin de pouvoir suivre dans le temps la problématique des chutes chez les aînés montréalais, il nous faut constituer un portrait qui intègre l'ensemble des éléments d'information pertinents et utiles pour l'organisation des services en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Événements traumatiques vs services

Dans une perspective de prévention-promotion, nous avons besoin de connaître d'abord les événements traumatiques, leurs circonstances de temps et de lieu, leurs mécanismes ainsi que les caractéristiques de la personne en cause.

Nous devons donc définir et obtenir un indicateur de morbidité qui nous renseigne sur les événements traumatiques (chutes ayant entraîné une ou plusieurs hospitalisations ou contacts avec le système de soins : visites en clinique externe, inscription à l'urgence, hospitalisation).

Cet indicateur, différent d'un indicateur de volume de services, exige donc que l'on puisse, grâce à un identifiant unique, extraire des données administratives sur les services reçus l'information relative à chaque événement traumatique.

Cependant, les chutes entraînant une hospitalisation ne sont évidemment qu'une fraction du problème. Selon le cadre de référence ministériel, il y aurait eu au Québec, en 2004, 50 640 consultations pour blessures et 12 681 hospitalisations, soit un rapport de 4 pour 1. Un portrait plus complet des chutes chez les aînés, quoique encore loin d'être exhaustif, pourrait être obtenu en analysant les rapports d'Urgences-santé.

Réduire les lacunes dans l'information

Le déploiement d'interventions efficaces exige que l'on dispose d'une connaissance aussi précise que possible des facteurs de risque individuels et environnementaux de la population.

Si les facteurs de risque en général sont bien documentés dans la littérature scientifique, en revanche on ne dispose de toute l'information qui serait nécessaire sur les caractéristiques personnelles et sociales des personnes victimes de chute ainsi que sur les spécificités montréalaises des facteurs de risque; cela est particulièrement vrai en ce qui a trait aux caractéristiques de l'environnement bâti (tant dans l'espace public que privé).

Par exemple, combien de chutes ont lieu à l'intérieur ou à l'extérieur, dans quelle sorte de logement, la personne qui chute vit-elle en institution ou dans la communauté, est-elle en perte d'autonomie ou non, etc.? Des réponses à ces questions permettraient probablement de distinguer des sous-groupes de population vivant des problématiques différentes et nécessitant par conséquent des stratégies aux accents différents.

Pour le moment, comme mentionné plus haut, les données de Med-Écho ne précisent pas les circonstances des chutes dans 50 % des cas et le type d'endroit où a eu lieu la chute dans 25 % des cas. L'analyse des rapports rédigés par les techniciens ambulanciers permettrait de réduire ces lacunes.

Il serait notamment possible d'obtenir de l'information sur les coordonnées spatiales de l'événement (plutôt que simplement sur le type de lieu), permettant ainsi de cartographier à tout le moins les chutes ayant fait l'objet d'un transport ambulancier et de faire le lien avec d'autres données sur l'environnement urbain. Pour la mortalité, les rapports du coroner contiennent plus d'information pour les cas investigués et pourraient donc être une source complémentaire d'information, mais malheureusement un grand nombre de décès par chute chez les personnes âgées ne sont pas signalés au coroner.

Pour approfondir les mécanismes en cause relatifs à l'environnement bâti (architectural/domiciliaire et urbanistique), il pourrait s'avérer utile de mener une étude prospective, par exemple : à partir des cas qui se présentent dans un ou deux services d'urgence, pour faire le tour des déterminants avec attention particulière aux déterminants environnementaux.

4. Traumatismes routiers

Au plan de la morbidité hospitalière, les traumatismes routiers (E810-829)²¹ arrivent en seconde place (si on exclut le groupe disparate « Autres accidents » E 916-928) parmi les admissions ayant un code E : 2 027 enregistrements (sur 22 030) pour les deux exercices combinés, 1997-1998 et 2003-2004, soit 10 % du total des traumatismes. Pour ce qui est de la mortalité, la part des traumatismes routiers dans la mortalité traumatique est un peu du même ordre : 9,0 % en 2003 (tableau 2).

Et bien sûr le fardeau des traumatismes routiers se révélera encore plus préoccupant si on considère les années potentielles de vie perdues (APVP) : 485 pour 100 000, soit 28,8 % des APVP dues à des traumatismes.

²¹ E810-819 : accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur, (1 639 enregistrements en 1997-98 +2003-04); E820-825 : accidents de véhicule à moteur hors de la voie publique (119 enregistrements); E826-829 : autres accidents de véhicules moteurs (436 enregistrements)

Tableau 9
Hospitalisations pour accident de la route (E810-819)
par type d'utilisateur, et groupe d'âge, résidents de Montréal (exercices 1997-98 et 2003-2004)

	<19ans	20-64 ans	>65 ans	Total
Automobiliste	94	487	176	757
Motocycliste	15	103	0	118
Cycliste	30	62	4	96
Piéton	139	250	159	548
Inconnu	14	70	33	117
Tramway ou animal	1	1	1	3
Total	293	973	373	1 639

Parmi les usagers de la route, les piétons et cyclistes sont évidemment les plus vulnérables. À Montréal, on compte environ 2 650 piétons et cyclistes²² blessés par année (Morency et Cloutier 2005, SAAQ), dont plus de 500 doivent être hospitalisés (tableau 9). Le nombre de piétons blessés varie en fonction de la présence conjuguée de deux facteurs : grand nombre de marcheurs et volume important de circulation automobile.

Les quartiers centraux de Montréal, parce qu'on y marche beaucoup et parce que beaucoup de véhicules s'y rendent ou les traversent, sont donc ceux où l'on compte le plus de piétons blessés (arrondissement Ville-Marie, en premier lieu).

Fondamentalement, on note une association étroite entre le volume de déplacements automobiles et le nombre de blessés de la route. Sur le modèle des maladies infectieuses, on peut dire que les blessures résultent de l'interaction d'un agent avec un hôte dans un environnement donné (DSP 2006) : les dommages sont causés par le transfert d'énergie d'un véhicule en mouvement, la sévérité augmentant avec la masse et la vitesse du véhicule.

Comme pour les chutes, on peut utiliser la matrice de Haddon pour classifier les facteurs déterminants selon un axe temporel (pré, pendant, post-événement) et un axe factoriel (facteurs liés à l'hôte, à l'agent et à l'environnement).

L'amélioration des services de traumatologie et de réadaptation permet d'augmenter les chances de rétablissement pour les personnes ayant vécu (et survécu à) un accident. L'amélioration des dispositifs de sécurité (sur les véhicules, mais non disponibles chez les piétons !) permet par ailleurs de réduire la sévérité des blessures lors d'une collision et de leurs séquelles, et par conséquent de réduire le volume de soins et services dans le système de santé. Mais les mesures efficaces de prévention primaire, réduisant la survenue même des accidents routiers, représentent un investissement social encore plus rentable.

²² Environ 1 800 piétons et 850 cyclistes selon fig. 15 du Rapport annuel 2006 de la DSP : 6,7 % (répartition des blessés cyclistes 1999-2001) x 12 806 blessés de la route (en 2003). Par contre, selon les mêmes sources, on aurait environ 9800 automobilistes blessés (0,766[proportion 1999-2001] x 12 806 en 2003, dont seulement 4 % (d'après nos données Med-Écho, 757 sur 2 ans) seraient hospitalisés.

Dans cette perspective de prévention (primaire) des accidents routiers, si des interventions ciblant l'individu (l'hôte) et son comportement par des campagnes de marketing social ou ciblant le véhicule (l'agent) peuvent théoriquement réduire la probabilité d'accidents (ou de blessures lorsque survient une collision), leur efficacité est relativement faible comparée à des interventions sur l'environnement.

Les comportements (par exemple, la conduite à haute vitesse), en effet, ne dépendent pas uniquement des caractéristiques et des choix personnels des individus : ils sont aussi favorisés (ou empêchés) par des éléments de l'environnement physique, institutionnel ou culturel.

Dans le contexte montréalais, les interventions pour réduire les traumatismes routiers doivent porter essentiellement sur trois objets :

- 1) réduction du nombre global des déplacements automobiles (augmentation de la part modale du transport en commun et du transport actif);
- 2) réduction de la vitesse des véhicules;
- 3) aménagements sécuritaires pour les piétons et les cyclistes.

Le progrès sur l'ensemble de ces fronts implique plusieurs acteurs dont la Ville au premier plan, les gouvernements supérieurs, les organismes communautaires et le milieu institutionnel, dont le réseau de santé.

La réduction du volume de déplacements automobile dépendra d'abord de la mise en œuvre de mesures qu'on devrait retrouver dans le plan de transport de la Ville de Montréal : offre bonifiée de transport en commun, ralentissement de l'étalement urbain, réduction du stationnement longue durée au centre-ville, amélioration des conditions d'exercice du transport actif.

La réduction de la vitesse par des mesures environnementales regroupées sous le terme d'apaisement de la circulation a été démontrée efficace par de nombreuses recherches. Il s'agit de mesures physiques (réduction de la largeur de la chaussée, passages-piétons surélevés, dos d'âne allongés, etc.) à côté desquelles on peut aussi recourir à de la signalisation (laquelle requiert de la surveillance policière, par ex. : pour le 30 km/h en zone scolaire).

Enfin les aménagements sécuritaires pour piétons et cyclistes renvoient à des pratiques urbanistiques en matière de mobilité qui font droit aux besoins des usagers du transport actif et n'érigent pas la fluidité en objectif absolu qui dominerait tous les autres (on pense en particulier à l'établissement de corridors scolaires sécuritaires autour de toutes les écoles primaires).

5. Suicide

À la différence des chutes accidentelles et des traumatismes routiers, les tentatives de suicide et les suicides complétés font partie des traumatismes intentionnels. Montréal détient le pire bilan des grandes villes canadiennes, avec un taux de suicide qui excède de 50 % celui d'Ottawa, Toronto et Vancouver.

L'importance du suicide parmi l'ensemble des traumatismes ressort particulièrement au niveau de la mortalité : il est responsable de près du tiers (28,8 %) des décès par trauma en 2003 et de près de la moitié des années potentielles de vie perdues. Ceci s'explique notamment par le fait que le suicide affecte surtout les adolescents et les jeunes adultes, les taux les plus élevés se retrouvant chez les 40-49 ans.

Les tentatives de suicide, beaucoup plus prévalant que les décès, sont aussi des traumatismes très graves. Il s'agit, en fait, du facteur de risque le plus important du suicide complété. Selon l'Enquête sociale et de santé, 5 personnes pour 1 000 tentent de se suicider à chaque année, ce qui représente environ 29 000 Québécois et Québécoises, dont 38 % se présentent à l'urgence d'un hôpital après leur geste (Boyer et coll., 2000). Ces personnes présentent un taux de suicide 100 fois plus élevé que celui de la population générale : dans la première année suivant leur congé de l'hôpital, 16 % commettront une nouvelle tentative de suicide et 2 % s'enlèveront la vie (Owens et coll., 2002). Le risque de décès par suicide serait particulièrement élevé dans les premières semaines suivant la sortie de l'hôpital : le quart se suicide dans les trois mois suivant leur congé, dont 40 % avant le premier rendez-vous de suivi. Une intervention rapide, voire immédiate, après la sortie de l'hôpital permettrait de sauver des vies.

Il n'existe actuellement aucune donnée valide permettant de déterminer avec exactitude le nombre de personnes qui se présentent à l'urgence des hôpitaux montréalais suite à une tentative de suicide. Le portrait des tentatives de suicide produit par les données disponibles dans le fichier des hospitalisations Med-Écho comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, la grande majorité des personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide ne fait qu'un court séjour à l'urgence et obtient son congé dans les 24 à 48 heures (Poulin et coll., 2006a). Ces personnes sont, par conséquent, absentes des données disponibles dans les fichiers Med-Écho.

De surcroît, les tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation ne seraient pas toutes rapportées dans le système. Dans son rapport sur l'évolution des traumatismes, Hamel (2001) fait état de l'importante sous-estimation des tentatives de suicide dans les fichiers Med-Écho. Il évalue cette sous-estimation à 25 % et l'attribue au fait que les tentatives de suicide sont parfois classifiées sous le diagnostic « troubles psychiatriques » ou sous celui de « lésions traumatiques et empoisonnement » sans que l'intention suicidaire ne soit précisée.

En effet, les médecins omettent parfois de préciser le véritable motif de l'hospitalisation, lui préférant ces diagnostics plus généraux. L'ampleur de cette sous-déclaration est actuellement inconnue. Enfin, les fluctuations observées dans les taux calculés à partir des fichiers Med-Écho peuvent difficilement être interprétées comme de réels changements dans les taux de tentative, puisqu'elles peuvent résulter de transformations dans les pratiques des hôpitaux qui favorisent de plus en plus les soins ambulatoires.

En raison de toutes ces limites, le profil partiel obtenu par l'intermédiaire des fichiers Med-Écho s'avère insuffisant pour permettre à la DSP de s'acquitter correctement de sa fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population relativement à ce problème.

Il serait toutefois possible d'utiliser le système d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU) comme outil de surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence. Le SIGDU, un puissant outil de recherche qui permet de connaître, en temps réel, le nombre de personnes admises à l'hôpital pour un motif donné peut, d'une manière rétrospective, identifier les cas de tentative de suicide pour une période de temps précise. Toutefois, la grande diversité du SIGDU utilisé à Montréal fait en sorte que les informations ne sont pas colligées de la même façon dans tous les établissements. En outre, les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement rapportées dans le SIGDU, les médecins lui préférant des diagnostics plus neutres et généraux, tels que «troubles psychiatriques» ou «empoisonnement». Ceci fait en sorte qu'il existe une importante sous-déclaration des tentatives de suicide dans ces systèmes.

Selon une étude-pilote réalisée dans deux départements d'urgence de la région montréalaise, moins du quart des tentatives seraient correctement inscrites dans le SIGDU (Poulin et Houle, 2006). Une meilleure connaissance de l'ampleur du phénomène permettrait pourtant d'améliorer les services offerts à cette clientèle à haut risque de suicide. En outre, le caractère incomplet, approximatif et parfois erroné des informations colligées dans le SIGDU ne s'applique pas seulement aux tentatives de suicide, mais également à plusieurs autres motifs d'admissions à l'urgence. Une utilisation plus rigoureuse et uniforme du SIGDU serait donc profitable à la surveillance de plusieurs problèmes de santé qui affectent la population montréalaise, dont les traumatismes intentionnels et non intentionnels.

Prévention-promotion

Les interventions générales en lien avec la promotion de la santé mentale et la prévention des comportements suicidaires débordent le cadre d'un plan de traumatologie et seront plutôt développées dans le cadre des plans développés par l'Agence en santé mentale et pour la jeunesse en difficulté. Nous nous limiterons donc ici à l'importance du suivi post-tentative et à l'amélioration des outils de surveillance.

Amélioration du suivi post-tentative

Un consensus semble se dégager actuellement au Québec quant à l'importance d'améliorer le suivi des personnes qui se présentent à l'urgence suite à tentative de suicide. Le manque de continuité dans les services offerts aux personnes suicidaires à leur sortie de l'urgence fut déploré par plusieurs instances au cours des dernières années, dont le Groupe de travail sur les suicides depuis le Pont Jacques-Cartier, la DGA de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures du MSSS, le Groupe d'experts sur l'organisation des services en santé mentale, ainsi que le Centre de coordination nationale des urgences.

Les recommandations émises par ces différents groupes afin de corriger la situation convergent vers l'importance d'implanter un protocole de sortie de l'urgence, qui prévoit des mécanismes de concertation entre l'hôpital et les ressources de la communauté qui assureront le suivi. Ces constats vont dans le même sens que les lignes directrices qui guident les meilleures pratiques en matière de suivi post-tentative au Royaume-Unis, aux États-Unis et en Suède.

Avant de quitter l'urgence, les personnes qui ont fait une tentative de suicide doivent obtenir un premier rendez-vous de suivi et savoir où, quand et avec qui s'effectuera ce suivi. À Montréal, un protocole de référence visant à améliorer la continuité des services pour les personnes suicidaires a été implanté dans trois territoires et évalué par la DSP (Poulin et coll., 2006b). Le rapport de recherche conclut que ce protocole a le potentiel pour améliorer le suivi post-tentative et recommande qu'il soit déployé à l'ensemble de la région montréalaise.

Connaissance-surveillance

Considérant le fait que les personnes qui se présentent à l'urgence suite à une tentative de suicide *ont un risque 100 fois plus élevé* de s'enlever la vie que la population générale, que 16 % commettront une nouvelle tentative dans les 12 mois suivant leur congé et que 2 % s'enlèveront la vie (Owens et coll. 2002), il apparaît urgent d'améliorer l'identification des cas, condition nécessaire pour pouvoir offrir un suivi efficace. Les tentatives de suicide font partie des objets de surveillance identifiés dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS 2003), mais à l'heure actuelle, les données disponibles sont lacunaires.

Une connaissance-surveillance adéquate de ce phénomène exigerait d'abord que tous les systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence disposent de la catégorie « Tentative de suicide » dans les rapports de triage. Il serait, en outre, nécessaire que les médecins soient sensibilisés à l'importance de déclarer les tentatives de suicide lorsqu'ils consignent un diagnostic final et que le personnel du triage soit formé afin de reconnaître les tentatives de suicide et de colliger systématiquement cette information dans le système.

6. Homicides (violence)

Si les homicides et les agressions ne représentent heureusement qu'une faible partie de la mortalité par traumatisme (5,3 % en 2003) et de la morbidité hospitalière (3,2 %), leur impact (répercuté avec force par les médias) sur la qualité de vie et surtout sur la perception générale de la sécurité des milieux de vie est indéniable. La présence de la violence dans les rapports sociaux et sa prévention constituent donc deux préoccupations largement partagées.

Comme le développe un rapport de l'OMS (Krug et coll., 2002), le concept de violence recouvre évidemment une multitude de manifestations : violence physique, sexuelle, psychologique, violence auto-infligée, interpersonnelle ou collective. De plus, l'idée que la violence constitue un problème de santé publique apparaît comme une idée assez nouvelle pour bon nombre de décideurs qui auraient tendance à n'y voir qu'un problème de criminalité.

Dans le cadre d'un plan de traumatologie, nous nous intéressons essentiellement à la violence physique, tout en restant conscients qu'elle ne constitue qu'une facette d'un ensemble plus englobant et dont les causes se retrouvent au niveau de la société en général (macro-environnement), de la communauté (mésio-environnement) et des circonstances et conditions singulières de chaque individu (micro-environnement).

Bien que les progrès qu'une société ou une ville réalisent en développement social contribuent indéniablement à générer des rapports sociaux moins violents, la DSP concentre actuellement son intervention sur le soutien au développement d'environnements sécuritaires dans les collectivités locales. Cette approche, classée sous le concept de prévention situationnelle, s'incarne dans un programme de subvention à l'intention des huit projets de revitalisation urbaine intégrée qui ont cours dans des quartiers de Montréal²³. Les projets d'aménagements sécuritaires qui seront développés dans ces quartiers seront donc arrimés à une démarche de concertation locale visant à redynamiser des quartiers en difficulté.

²³ Montréal-Nord, Saint-Michel, Ste-Marie, St-Paul-Galt, Saint-Pierre, Mercier-Est, Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville.

Références

- Bélanger-Bonneau H, Rannou A, Thouez JP, Damestoy N, (2002), Les chutes à l'extérieur du domicile chez les personnes âgées de 55 ans et plus à Montréal et Laval, DSP Montréal.
- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, Roth EA, Shekelle PG (2004), Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials, *British Journal of Medicine*, 328: 680-687.
- De Rekeneire N, gentry A, Donnarel G, (1999), Chutes chez les personnes âgées vivant à domicile : prévalence, incidence, circonstances et morbidité, in Jacquot JM, Strubel D et Pélissier J (éditeurs), *La chute de la personne âgée*, Paris, Masson :1-6.
- DSP-Montréal, (2006), Le transport urbain, une question de santé, Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RJ, Rowe BH, (2006), Interventions for preventing falls in elderly people, *The Cochrane Database for Systematic reviews*, Issue 4.
- Houle J et Poulin C, avec la collaboration de LR Poirier, (2006), Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise, DSP-Montréal.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R, (2002), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS
- Morency P et Cloutier MS, (2005), Distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal : cartographie pour les 27 arrondissements, DSP- Montréal.
- MSSS (2003), Programme national de santé publique 2003-2012.
- MSSS (2004), La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Cadre de référence.
- Owens D, Horrocks J, House A, (2002), Fatal and non-fatal repetition of self-harm : Systematic review, *British Journal of Psychiatry*, 181 : 193-199.
- Robitaille et Gratton J (2005), Les chutes adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation, INSPQ
- Rubenstein LZ et Josephson KR (2002), The epidemiology of falls and syncope, *Clinics in geriatric medicine*, 18 (2): 141-158.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF, (1988), Risk factors for falls among elderly persons living in the community, *The New England Journal of Medicine*, 29 décembre: 1701-1707.
- Tinetti ME et Williams CS (1997), *The New England Journal of Medicine*, 30 octobre: 1279-1284.
- Vellas PM, (1999), Urbanisme et prévention des chutes, in Jacquot JM, Strubel D et Pélissier J (éditeurs), *La chute de la personne âgée*, Paris, Masson :384-387.

Annexe 9

Indicateurs de qualité, service préhospitaliers d'urgence (document de travail)

Indicateurs	Définition	Cible	Objectif
1 Traitement de l'appel	Heure d'affectation - Heure de l'appel	< 90 sec.	
2 Délai de réponse, priorité 1	Heure d'arrivée sur les lieux - Heure de l'appel	< 9 min.	
3 Délai sur les lieux	Heure du départ des lieux (véhicule qui transporte) -Heure d'arrivée (1 ^{er} véhicule) * Intervention avec traumatisé unique non incarcéré	< 10 min.	
4 Délai d'accès à un centre désigné en traumatologie	Heure d'arrivée au CH - Heure de l'appel	à déterminer*	
5 Délai d'arrivée des pinces de désincarcération	Heure d'arrivée sur les lieux des pinces- Heure de l'appel	à déterminer*	
6 Conformité du triage en fonction du niveau du centre requis	Nombre de traumatisés majeurs transportés au CH de traumatologie désigné		95%
7 Conformité au protocole (revue rétrospective des dossiers)	Nombre d'interventions sans écart majeur au protocole / nombre d'interventions évaluées		95%
8 Avis lors d'IPT supérieur ou égal à 4 ou avec impact de haute vitesse	% des interventions avec traumatisés majeurs dont l'avis a été donné au centre hospitalier receveur.		100%
9 Utilisation du matelas immobilisateur	% d'utilisation du matelas immobilisateur sur le nombre de traumatisés majeurs		>90%

Source : Urgences-santé

La mesure des données actuelles déterminera un seuil à partir duquel une cible sera fixée

Arbre décisionnel pour déterminer l'orientation de la clientèle

**Urgences
Santé**

TRAUMATISÉ ADULTE (16 ANS ET PLUS)

CRITÈRES D'INCLUSION :

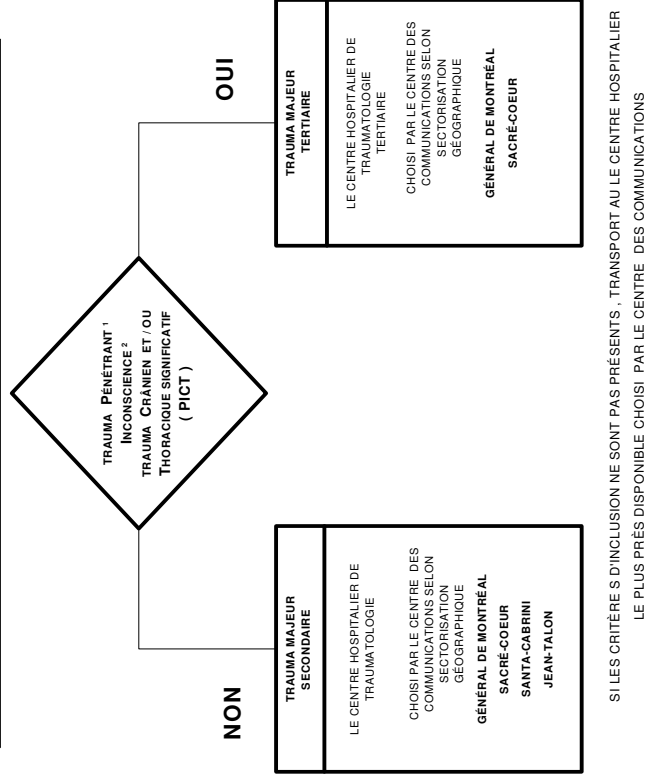
INDICE I.P.T. DE 4 ET PLUS
OU
IMPACT HAUTE VÉLOCITÉ

EXEMPLES D'IMPACT À HAUTE VÉLOCITÉ :

ÉJECTION HORS VÉHICULE
AUTRE(S) OCCUPANT(S) DÉCÉDÉ(S)
TEMPS DE DESINCARCERATION > 20 MINUTES
CHUTE DE PLUS DE 6 MÈTRES
TONNEAUX

ACCIDENT À HAUTE VITESSE :

VITESSE PRÉ-IMPACT DE PLUS DE 64 KM/H
DÉFORMATION DE LA CARROSSERIE > 50 CM (20 POUCES)
INTRUSION DANS L'HABITACLE
PIÉTON/CYCLISTE PROJÉTÉ OU ÉCRASÉ À PLUS DE 8 KM/H
MARQUE DE LA TÊTE DANS LE PARE-BRISE
MOTOCYCLISTE ÉJECTÉ OU QUI FRAPPE À PLUS DE 32 KM/H
MOTOCYCLISTE QUI CHUTE SANS CASQUE



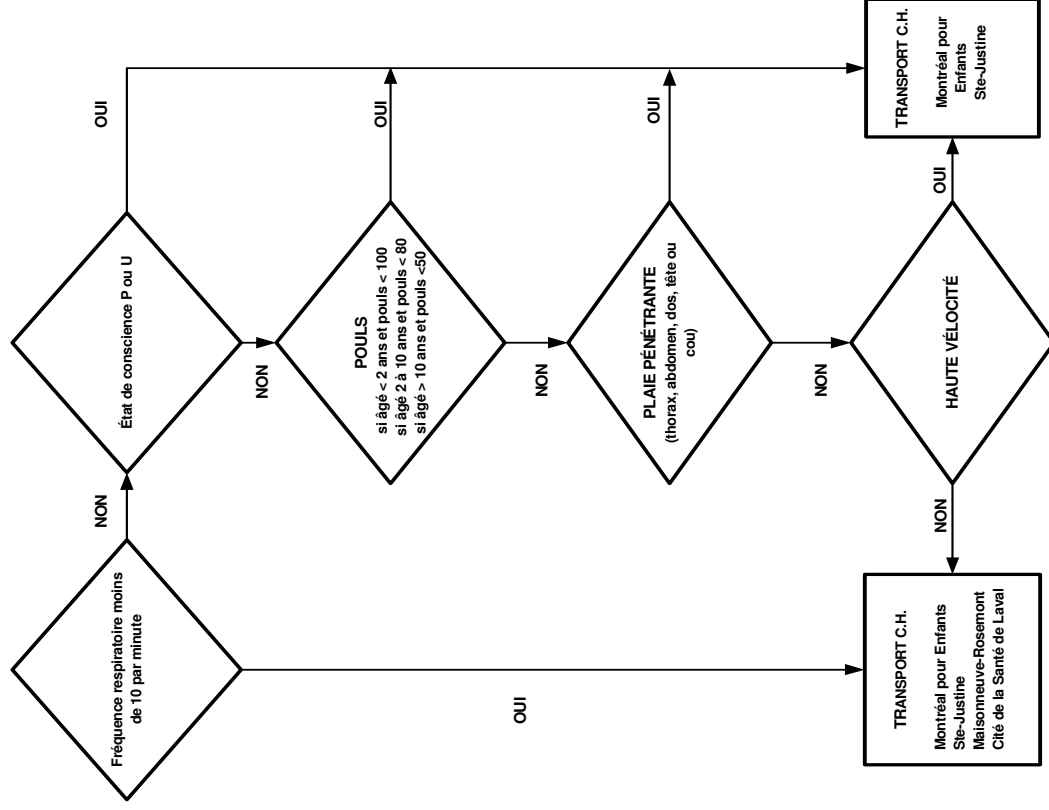
1. **TRAUMA PÉNÉTRANT** : TRAUMA QUI RISQUE D'AVOIR PÉNÉTRÉ UNE CAVITÉ DU CORPS (CAVITÉ CRÂNIENNE, THORACIQUE, ABDOMINALE OU PELVIENNE) ET LA RÉGION DU COU.

2. **INCONSCIENCE** : ELLE DOIT ÊTRE CONSTATÉE PAR LES TECHNICIENS AMBULANCIERS.

LES ARRÊTS CARDIORESPIRATOIRE (ACR) SONT TRANSPORTÉS AU CH LE PLUS PRÈS.

Version finale novembre 2003

TRAUMATISÉ PÉDIATRIQUE (moins de 16 ans)



* Les patients en détresse respiratoire ou respiratoire agonal transportés à Maisonneuve-Rosemont et Cité de la Santé de Laval y seront intubés puis transportés à Montréal pour Enfants ou Ste-Justine.

Annexe 11

Indices préhospitaliers pour traumatismes (IPT)

TRANSPORT DANS UN CENTRE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE SI L'INDICE EST DE 4 OU PLUS	
Tension artérielle systolique	Points
> 100	0
86-100	1
75-85	2
≤ 74 ou absence de pouls radial ou carotidien	5
Pouls	
51-119	0
≥ 120	3
≤ 50	5
Respiration	
Fréquence normale	0
Difficile	3
< 8/minute ou intubation	5
Blessure pénétrante (tête, cou, thorax, abdomen)	
Oui	4
Non	0
Niveau de conscience	
A. « Alert » : la victime est alerte.	0
B. « Verbal » : la victime répond aux stimuli verbaux.	3
P. « Pain » : la victime répond aux stimuli douloureux.	5
U. « Unresponsive » : la victime est inconsciente.	5

Source : Complémentarité des services d'urgence prise en charge des patients,
Collège des médecins, décembre 1998, page 6.

Liste des ententes signées

Hôpital Général de Montréal

- Hôpital Santa Cabrini

Hôpital de Montréal pour enfants

- Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- Centre hospitalier CR Antoine Labelle
- Centre hospitalier St-Eustache
- CLSC-CH Argenteuil
- Centre hospitalier Laurentien
- Hôpital Charles Lemoyne
- Centre hospitalier Anna-Laberge
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
- Centre montréalais de réadaptation
- Hôpital général de Hawkesbury and District General Hospital inc. (Ontario)
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Centre hospitalier régional du Suroît
- Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine
- Réseau Santé Richelieu-Yamaska
- Centre hospitalier de Granby
- Centre de réadaptation le Bouclier
- Centre hospitalier de St-Mary
- Hôpital Juif de Montréal Sir Mortimer B. Davis
- CSSS Vaudreuil-Soulanges

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

- Centres hospitaliers de la région des Laurentides
- Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
- Centre hospitalier régional de Lanaudière
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et ses centres associés
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital général de Hawkesbury and District Hospital Inc.

Hôpital Sainte-Justine

- Centre de réadaptation Le Bouclier
- Centre hospitalier Anna Laberge
- Centre hospitalier Charles Lemoyne
- CH CR Antoine Labelle
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- Centre hospitalier Laurentien
- Centre hospitalier régional de Lanaudière

Hôpital Sainte-Justine (suite)

- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Centre hospitalier régional du Suroît
- Centre hospitalier St-Eustache
- Centre montréalais de réadaptation
- CLSC-CH Argenteuil
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- General Hospital de Hawkesbury and District General Hospital inc. (Ontario)
- Hôtel-Dieu de Sorel
- Centre de réadaptation Marie Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine
- Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Réseau Santé Richelieu-Yamaska
- Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et ses centres associés
- Centre de Santé de Témiscamingue
- Centre de Santé Sainte-Famille, Ville-Marie
- Centre hospitalier CR Antoine Labelle
- Centre hospitalier Granby
- Centre hospitalier Rouyn-Noranda
- Centre hospitalier Vallée-de-l'Or et de soins psychiatriques régionaux, Val d'Or
- Hôpital Jean-Talon
- Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores boréales, La Sarre

Villa Medica

- Centre de réadaptation Constance-Letbridge
- Centre de réadaptation Lucie Bruneau

Annexe 13

Plan d'action des consortiums TCC

Objectif 1

Faciliter un cheminement plus harmonieux de l'utilisateur dans le consortium

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Assurer une procédure de « réentrée » dans le consortium	Définir les critères et implanter les mécanismes concertés et harmonisés de retour dans le consortium	Table de concertation des coordonnateurs	Mars 2005	Définition des critères de réentrée	Mécanismes de réentrée à compléter
2) Assurer l'uniformité dans l'identification de toute clientèle : - TCC à récupération lente - TCC-TGC - TCC nécessitant une ressource en hébergement - Nature du suivi long terme offert à la clientèle TCC	- Définir et harmoniser les critères utilisés pour préciser le type de clientèle - Définir des critères et des modalités harmonisées de suivi long terme qui devront s'appliquer dans chacune des régions - Délimiter les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Déterminer les critères définissant la nécessité d'une deuxième expertise	Table de concertation des coordonnateurs	Septembre 2005 Mars 2006 Janvier 2007 Septembre 2007	Identification des clientèles suivantes : - TCC-TGC - TCC complexe - TCC à récupération lente Définition des besoins de la clientèle TCC-TGC	Identification de la clientèle à profil gériatrique à compléter Critères et modalités de suivi pour chacun des ces sous-groupes à compléter

Source : Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère
Bilan du plan révisé – Tronc commun

Objectif 2

Assurer une accessibilité aux services au bon moment, au bon endroit et avec la bonne intensité

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéance	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Assurer l'accessibilité des services pour les usagers avec ou sans agents payeurs	- Documenter l'intégration au consortium - Identifier les situations critiques compromettant l'accessibilité dans les CRDP - Émettre des hypothèses (mécanismes de solutions) - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Assurer l'implantation	- Comité de coordination - Comité directeur et comité de coordination - Comité directeur	Mars 2005 Septembre 2005	Identification des indicateurs	Actualiser les indicateurs Compléter la collecte de données en fonction du cadre logique
2) Assurer l'entrée dans le consortium par les CH tertiaires	- Documenter et s'assurer que tous les TCC modérés ou sévères des régions ciblées par le consortium y entrent par les CH tertiaires - Documenter et poursuivre les travaux pour s'assurer de l'orientation dans leur région des TCC modérés et sévères des régions hors consortium - Identifier le volume d'utilisateurs ciblé - Identifier les pistes de solutions	- Comité régional de trauma (les porteurs du dossier de chaque agence font rapport au comité directeur) - Comité directeur via des rencontres interrégionales - Comité directeur	Rapport de situation au 31 mars de chaque année (plan d'action au besoin) Au 30 juin de chaque année	Identification des indicateurs	Actualiser les indicateurs Compléter la collecte de données en fonction du cadre logique

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéance	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
3) Assurer une disponibilité de services de réadaptation en période de pointe (Sans préjudice au délai et nature des services auxquels ils ont droit) (quelle que soit la cause : absence ou pénurie de personnel, volume de clientèle élevé)	- Documenter les besoins des usagers - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solutions - Émettre des hypothèses - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Déposer au Ministère un état de situation et la documentation sur les impacts au niveau des ressources matérielles, humaines et financières - Assurer l'implantation	- Comité de coordination - Comité directeur et comité de coordination - Comité directeur - Comité stratégique	Septembre 2005 2005-2006 Avril 2006 Septembre 2007	Identification des indicateurs	Actualiser les indicateurs Compléter la collecte de données en fonction du cadre logique

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéance	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
4) Assurer et développer les liens et services en regard du support et du maintien en milieu naturel de la clientèle modérée et sévère	Documenter les besoins des usagers	Comité de coordination clinique, réseaux locaux et milieu associatif	De façon continue sur trois ans	Travaux non débutés	
	Identifier les problématiques				
	Identifier le volume d'usagers ciblé		Janvier 2005		
	Identifier les pistes de solutions	Comité directeur et comité de coordination	Janvier 2006		
	Émettre des hypothèses en lien avec les plans d'action régionaux	Comité directeur	Janvier 2007		
	Établir les priorités		Septembre 2007		
	Évaluer les ressources nécessaires				
	Assurer l'implantation				

Objectif 3

S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle visée par le consortium

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	- Établir l'inventaire des données administratives et cliniques - Identifier les besoins d'information - Évaluer la capacité des systèmes à fournir l'information souhaitée (Établir les liens avec le MSSS des priorités à venir et s'arrimer avec les régions) - Évaluer la modalité la plus pertinente pour recevoir des données probantes - Établir les priorités, statuer et implanter le système choisi à partir des systèmes présents dans les établissements	- Comité d'évaluation de programme - Comité directeur	À venir		À venir
2) Assurer l'harmonisation et la transmission juste des informations relatives à la clientèle	- Identifier les modalités d'enregistrement des délais d'attente - S'assurer du respect des paramètres identifiés dans le SIC-DP - S'assurer de la diffusion des paramètres à tous les utilisateurs concernés	Table de concertation des coordonnateurs	À venir		À venir

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
3) Établir un plan concerté de partage des connaissances	• Identifier les besoins • Transmettre les connaissances	• Comité de coordination pour le comité directeur	À venir		À venir

Objectif 4

Améliorer certains mécanismes de liaison

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Assurer l'arrimage avec les centres désignés en pédiatrie pour la transition vers le milieu adulte	Former un comité de travail entre les représentants des deux consortiums	Comités directeurs des consortiums TCC adulte et enfant	À venir		À venir
2) Assurer l'harmonisation des critères de fin d'intervention	- Préciser les critères de fin d'intervention et les harmoniser avec les critères de début et de fin de prise en charge pour chaque établissement. - Rédiger un protocole uniforme de refus de services	Comités de coordination	À venir		À venir

Objectif 5

Améliorer l'offre de services pour les usagers ayant des besoins spécifiques

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Définir et développer des services adaptés pour les usagers avec des besoins spécifiques tels TGC et toxicomanie.	• Documenter les besoins des usagers • Identifier les problématiques • Identifier le volume d'usagers ciblé • Identifier les pistes de solutions • Émettre des hypothèses (mécanismes de solutions) • Établir les priorités • Évaluer les ressources nécessaires • Assurer l'implantation	• Comité de coordination • Comité directeur et comité de coordination • Comité directeur	À venir		À venir

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
2) Définir et établir un continuum de services pour les usagers à récupération lente entre l'hébergement et la ré-entrée dans le consortium	- Documenter les besoins des usagers - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solutions - Émettre des hypothèses - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Assurer l'implantation	- Comité de coordination incluant d'office les membres des agences et les comités régionaux de trauma selon les régions - Comité directeur et comité de coordination - Comité directeur	À venir		À venir
3) Définir et développer des ressources d'hébergement substitut pour une clientèle particulière avec des besoins spécifiques	- Documenter les besoins des usagers - Identifier les problématiques - Identifier le volume d'usagers ciblé - Identifier les pistes de solutions - Émettre des hypothèses - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Assurer l'implantation	- Comité de coordination - Comité directeur et comité de coordination - Comité directeur	À venir		À venir

Objectif 6

Développer un mécanisme d'évaluation concertée

Objectifs spécifiques	Moyens	Instances responsables	Échéancier	Bilan au 30 août 2005	
				Actions réalisées	Actions à venir
1) Établir les priorités parmi les objectifs du plan d'action du tronc commun	Former un comité d'évaluation réunissant les experts des établissements du consortium.	Comité directeur	Réalisé	Réalisé	
2) Procéder à l'évaluation de l'implantation	- S'assurer de l'évaluation de l'implantation - Proposer les indicateurs pertinents pour suivre l'implantation du consortium - Identifier les responsables de la cueillette des données	- Comité stratégique - Comité d'évaluation (mandaté par le comité directeur) - Comité directeur	Le premier avril de chaque année, dépôt au comité stratégique, du rapport sur le niveau d'implantation du consortium Décembre 2004	Formation d'un comité d'évaluation-monitorage formé par Mmes Gésualdi, Gilbert, Gagnon, Kaïry, Parisien et Brunet. Mme Mendonça a procédé à l'élaboration d'un cadre logique Dépôt du Cadre logique	Assurer un financement pour l'embauche d'un expert Procéder à l'évaluation de l'implantation du consortium selon le cadre logique

Plan d'action

Objectif organisationnel I
Assurer l'accessibilité aux services

Problématique : **Rétention ou méconnaissance des critères de transferts de certains CH vers les CH tertiaires désignés. Pénurie de ressources d'hébergement adaptées à la clientèle pédiatrique.**

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'entrée dans le Consortium par les CH tertiaires désignés	- Documenter et s'assurer que les enfants ayant subi un TCC modéré ou sévère des régions couvertes par le Consortium y entrent par les CH tertiaires ▪ identifier les volumes d'usagers ciblés ▪ identifier les pistes de solutions - Entériner les pistes de solutions - Consolider les mécanismes de transfert des CH régionaux vers les CH tertiaires - Dénouer les litiges de transfert	- Comité régional de trauma (représentants des Agences font rapport au comité stratégique) - Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur - Comité directeur en lien avec le comité régional de trauma - Comité stratégique et agences concernées	Printemps 2007 puis bilan annuel déposé au comité directeur Printemps 2009 Automne 2009 En continu
1.2 Développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique	- Définir les modalités d'application pendant la période de transition de deux ans - Documenter les besoins des usagers : ▪ identifier le volume d'usagers ciblé ▪ identifier les pistes de solution	- Comité de coordination	Juin 2006

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.2 Développer des ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique (suite)	- Émettre des hypothèses en lien avec les plans d'action régionaux - Réviser les ententes et les éléments de la matrice concernés - Entériner les ententes et les éléments de la matrice modifiés - Établir les priorités - Évaluer les ressources nécessaires - Entériner les orientations reliées au développement des ressources d'hébergement ainsi que de leur financement - Assurer l'implantation	- Comité de coordination - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique en conformité avec les plans d'action régionaux - Comité directeur	- Automne 2006 - Hiver 2007 - Printemps 2007 - Automne 2007 - Automne 2007 - Automne 2007 - Hiver 2008 - Mars 2008
1.3 Définir le type d'intervention préventive pour une intégration scolaire réussie, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire	- Documenter le volume - Documenter les besoins - Définir les mécanismes de liaison et de communication en lien avec l'objectif II - Identifier le dispensateur de services - Entériner les orientations	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur - Comité stratégique	- Automne 2006 - Hiver 2007 - Hiver 2007 - Printemps 2007
1.4 Définir les corridors de services et revoir les ententes interétablissements pour l'orientation en CH	- Appliquer les orientations inter RUIS et les orientations ministérielles	- Groupe de travail composé de représentants des agences et des CH tertiaires	À venir

Axe de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
tertiaire			
1.5 Définir au plan du suivi médical, la complémentarité entre les CH tertiaires et le centre montérégien de réadaptation	Mettre en place un comité de travail Appliquer les recommandations du groupe de travail	Médecins de HME-HSJ et CMR Comité stratégique	Printemps 2006 Automne 2006

Objectif organisationnel II

Améliorer les mécanismes de liaison et de communication

Problématique : Quelques éléments spécifiques des mécanismes de transfert et de rentrée restent à définir.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
2.1 Définir les mécanismes de rentrée dans le Consortium	- Documenter les situations de rentrée - Définir les critères de rentrée - Proposer des mécanismes de rentrée - Définir les mécanismes de rentrée par le biais des plans d'action régionaux	- Comité de coordination - Comité directeur et Agences régionales	Automne 2006 Automne 2006 Automne 2006 Printemps 2007
2.1.1 Consolider et assurer la transition de la clientèle hospitalière de plus de 16 ans ou selon le profil occupationnel en milieu adulte 2.1.2 Consolider et assurer la transition de la clientèle de réadaptation de + de 18 ans en milieu adulte	- Documenter la clientèle ciblée - Proposer des mécanismes de transfert avec les Consortiums adultes - Actualiser les mécanismes de transferts entre les Consortiums	- Comité de coordination - Comités de coordination des Consortiums adultes et enfants - Comité directeur	Automne 2006 Hiver 2007 Hiver 2008
2.3 Consolider les mécanismes de transfert entre les établissements du consortium	- Définir, lors de la sortie du consortium des CH tertiaires vers le domicile, l'implication des établissements régionaux - Produire un formulaire de référence commun - Entériner le formulaire en concordance avec la politique de dossiers de chacun des établissements	- Comité directeur - Comité de coordination - Comité directeur	Hiver 2007 Hiver 2008 Hiver 2009

Objectif organisationnel III

Documenter le profil de la clientèle desservie

Problématique : Absence d'une banque de données uniformisée en trauma pédiatrique.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.1 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	- Établir l'inventaire des données administratives et cliniques - Identifier les besoins d'information - Évaluer la capacité des systèmes à fournir l'information souhaitée (établir les liens avec le MSSS des priorités à venir et s'arrimer avec les régions) - Évaluer la modalité la plus pertinente pour recevoir des données probantes - Établir les priorités, statuer et implanter le système choisi à partir des systèmes présents dans les établissements - S'assurer de l'identification des degrés de sévérité au dossier médical de l'utilisateur - Entériner l'outil commun développé	- Comité d'évaluation de programme - Comité directeur - Comité directeur - Comité de coordination - Comité stratégique	Automne 2007 Automne 2007 Hiver 2008 ou selon l'échéancier ministériel Selon l'échéancier ministériel Selon l'échéancier ministériel À venir À venir
3.2 Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	- Assurer un consentement de l'utilisateur pour la diffusion des informations au sein des établissements du consortium - Valider auprès des instances juridiques la validité d'un tel consentement	- Comité de travail des CH tertiaires en lien avec le comité directeur - Comité stratégique	Automne 2007 Automne 2008
3.3 Élaborer un plan concerté de partage des connaissances	- Identifier les besoins - Définir les modes de transmission des connaissances - S'assurer de la mise en œuvre du plan	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur	Printemps 2007 Automne 2007 Automne 2008

Objectif organisationnel IV

Assurer le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium

Problématique : Absence de mécanisme d'évaluation concertée du niveau d'implantation du consortium

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
4.1 Procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium en lien avec le Consortium interrégional adulte de l'Ouest du Québec	- Élaborer la démarche d'évaluation de l'implantation du Consortium - Former un comité d'évaluation - Proposer les indicateurs pertinents en fonction d'un cadre logique choisi - Identifier les responsables de cueillette des données - Actualiser la démarche d'évaluation de l'implantation du Consortium - Déposer au MSSS un bilan annuel du niveau d'implantation du Consortium	- Comité directeur - Comité directeur - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique - Comité stratégique	- Automne 2006 - Automne 2006 - Automne 2007 - Automne 2007 - Automne 2009 - Annuellement

Objectif organisationnel V

Consolider et harmoniser la gamme de services
pour le suivi à long terme de la clientèle, selon le groupe d'âge et le milieu de vie

Problématique : Procédure de suivi long terme variable entre les établissements.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
5.1 Harmoniser les paramètres de suivi long terme de la clientèle entre les centres de réadaptation	- Définir avec précision la nature et les paramètres du suivi long terme - Produire un cadre de référence du suivi long terme - Assurer l'application du cadre de référence	Comité de coordination Comité de coordination Comité directeur	À venir

Objectif organisationnel VI

Améliorer l'offre de soins et services pour les enfants et adolescents ayant un trouble grave de comportement

Problématique : Offre de services déficiente envers les TCC ayant un trouble grave de comportement.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
6.1 Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC manifestant des troubles graves de comportement	- Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC selon les phases de réadaptation - Identifier les ressources responsables de l'offre de services à cette clientèle * - Assurer le développement des ressources nécessaires pour le suivi de la clientèle * - Assurer l'implantation de ressources appropriées - Délimiter les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Définir les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie - Entériner les modalités d'accès aux ressources en pédopsychiatrie	- Comité de coordination - Agences et MSSS - Agences et comité stratégique - Comité stratégique - Comité directeur - Comité directeur - Comité stratégique	À venir

Note * : en conformité avec la désignation éventuelle du MSSS

Source : Consortium interrégional de soins et services de l'Ouest du Québec pour les enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère

Plan d'action

Objectif organisationnel I Assurer l'accessibilité aux services

Problématique : La clientèle pédiatrique TCC devrait avoir accès à des ressources d'hébergement spécifiques, des services scolaires ou un support du CSSS au bon moment et au bon endroit en fonction de son âge et de ses besoins propres.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.1 Assurer l'orientation adéquate de la clientèle TCC enfants à l'entrée du Consortium	- Identifier le volume d'utilisateur ciblé - Sensibiliser le comité régional de traumatologie - Appliquer les critères de référence pour tous les partenaires (Urgences-Santé, centres hospitaliers secondaires et tertiaires) - Faire le monitoring - Mettre à jour les ententes interétablissements	- Comité de coordination - CH tertiaires et Agence - Agence et comité régional de trauma - CH tertiaires et Agence - CH tertiaires et Agence	Automne 2006 Hiver 2007 Hiver 2008 En continu Hiver 2009
1.2 Consolider les ressources d'hébergement spécifiques et adaptées à la clientèle pédiatrique (ex : répit)	- Documenter les besoins des usagers de la région de Montréal - Identifier le volume d'utilisateurs ciblé - Identifier le profil des ressources nécessaires - Déposer à l'Agence de Montréal les recommandations en lien avec les orientations retenues à l'interrégional - Assurer l'implantation	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité de coordination - Comité stratégique - Comité stratégique, Agence de Montréal et partenaires ciblés	Automne 2006 Automne 2006 Automne 2006 Hiver 2007 Mars 2008
1.3 Favoriser l'accès à des services scolaires ou orthopédagogiques pendant la période estivale	- Documenter les besoins - Identifier des pistes de solution - Entériner les pistes de solution - Planifier la disponibilité des ressources pendant la période estivale	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur et stratégique et Commission scolaire de Montréal - Trois établissements du Consortium et Commission scolaire de Mtl	Automne 2006 Hiver 2007 Hiver 2008 Hiver 2009

Axe de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
1.4 Définir la collaboration et la complémentarité des services spécialisés et surspécialisés avec les CSSS de la région	- Identifier les services offerts et les besoins de la clientèle - Élaborer des ententes en définissant les corridors de services et les mécanismes d'accès et de liaison - Évaluer les corridors - Identifier les obstacles à l'accès aux services de première ligne - Proposer et appliquer les solutions	- Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence - Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence - Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence - Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence - Représentants des CSSS, Marie Enfant, Agence	Été 2007 Été 2008 Été 2009
1.5 Définir, pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire, le type d'intervention préventive nécessaire pour une intégration scolaire réussie	- Mettre en application, pour la région de Montréal, les recommandations du comité directeur du Consortium interrégional TCC enfants	- Trois établissements du Consortium intrarégional, Agence	Été 2007
1.6 Respecter les orientations ministérielles en lien avec la complémentarité inter-RUIS	- S'assurer que les CH tertiaires de Montréal reçoivent la clientèle désignée selon les orientations ministérielles	- Comité régional de trauma en lien avec le comité stratégique du Consortium interrégional	À venir
1.7 Définir au plan du suivi médical, la complémentarité entre les CH tertiaires et le CMR	- Participer au groupe de travail - Appliquer les recommandations du groupe de travail	- Médecins de l'HME et de l'HSJ - Comité stratégique	Printemps 2006 Automne 2006

Objectif organisationnel II Consolider les mécanismes de liaison et de communication
--

Problématique : Manque d'uniformité dans l'orientation de la clientèle enfant et adolescent surtout pour les 16-18 ans et en respect avec les orientations ministérielles

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
2.1 Recevoir en centre hospitalier tertiaire un formulaire de prise en charge préhospitalière, dûment complété, pour les usagers de Montréal	- Sensibiliser les services préhospitaliers, le comité régional de traumatologie, le comité pré-hospitalier en traumatologie et le comité local de traumatologie - Former le personnel à l'admission des centres hospitaliers tertiaires	- Agence, Comité régional de traumatologie - Centres hospitaliers tertiaires	Hiver 2007 Hiver 2008
2.2 Établir un protocole d'entente avec les services préhospitaliers et les centres hospitaliers tertiaires adultes	- Mettre en place un comité de travail - Entériner les recommandations du comité de travail - Appliquer les recommandations	- Comité de coordination du CIMEAT et comité directeur du consortium adultes - Comité stratégique - Comité régional de trauma	Hiver 2008
2.3 Identifier les mécanismes de rentrée dans le Consortium	- Établir avec les services de première ligne les mécanismes de rentrée proposés - Assurer le monitoring	- Comité directeur et stratégique, représentant des CSSS - Comité de coordination	Automne 2007
2.4 Définir des liens formels avec le milieu adulte pour la transition adolescents/adultes en réadaptation	- Élaboration d'un outil respectant les normes ministérielles et prenant en considération les besoins de l'utilisateur - Assurer les transferts selon les critères établis - Assurer le monitoring	- Comité de travail CRME-IRM-CRLB-CRCL - Comités stratégiques des Consortiums adultes et enfants - Comité régional de trauma	Hiver 2007 Hiver 2008
2.5 Consolider le partenariat et les protocoles d'entente avec l'AQTC	- Mettre en place un Comité de travail - Réviser les protocoles d'entente - Appliquer les nouvelles ententes	- CRME et AQTC - CRME et AQTC - CRME et AQTC	Automne 2006 Automne 2007 Automne 2008

Objectif organisationnel III

Connaître la spécificité de la clientèle TCC pédiatrique du territoire de Montréal

Problématique : Bien que le diagnostic de TCC soit toujours posé, le degré de sévérité du TCC n'est pas toujours précisé par les médecins traitants dans les dossiers de l'HSJ, particulièrement pour les TCC modérés. Ce manque d'homogénéité complique la compilation des données et le classement par degré de sévérité. Les établissements ne possèdent qu'une information limitée quant au profil socioculturel et économique des enfants et adolescents de Montréal.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.1 Préciser le degré de sévérité du TCC et l'inscrire au dossier	- Mettre en place un comité de travail entre les médecins et le gestionnaire du programme de traumatologie	- HSJ	Automne 2006
3.2 Harmoniser la détermination du degré de sévérité entre les trois établissements	- Mettre en place un comité de travail - Entériner les recommandations du comité de travail - Appliquer les recommandations	- Centres hospitaliers tertiaires - Comité directeur et stratégique - Comité de coordination	Hiver 2007
3.3 Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements	- Définir les informations nécessaires entre les établissements du Consortium intrarégional TCC - Mettre en place un comité d'évaluation de programme en lien avec le processus interrégional défini - Déposer annuellement au comité régional de trauma les données du Consortium intrarégional	- Comité de coordination - Comité directeur et stratégique - Comité directeur et stratégique	Automne 2007 Automne 2007 Printemps 2008
3.4 Préciser le profil socio-culturel et économique de la clientèle desservie	- Assurer l'arrimage avec les mesures prévues dans la mise en œuvre de l'évaluation de programme	- CRME	Automne 2006
3.5 Définir les modalités d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité	- Proposer des modalités pour obtenir le consentement de l'utilisateur pour la diffusion des informations au sein des établissements du Consortium intra et interrégional	- Comité de travail des CH tertiaires	Automne 2007

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
3.6 Établir un plan concerté de partage des connaissances pour le Consortium intrarégional	- Identifier les besoins - Proposer un plan de travail - Entériner le plan de travail - Planifier conjointement des conférences, activités de prévention, journée annuelle	- Comité de coordination - Comité de coordination - Comité directeur et stratégique - Comité de travail	Printemps 2007 Printemps 2008 Automne 2008 Hiver 2009

Objectif organisationnel IV

Assurer le monitoring, le suivi de gestion et l'évaluation concertée du Consortium intrarégional en lien avec le consortium interrégional

Problématique : Chacun des établissements procède à l'évaluation de son programme en traumatologie. Par contre, les membres reconnaissent l'importance du monitoring et d'un mécanisme pour le suivi de l'implantation du Consortium.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
4.1 Procéder à l'évaluation de l'implantation du Consortium intrarégional	- Mettre en place un comité d'évaluation - Implanter un processus de suivi et d'évaluation du Consortium - S'assurer de l'évaluation de l'implantation du Consortium intrarégional - Faire un bilan annuel de l'atteinte des objectifs fixés	- Comité directeur et stratégique - Comité directeur et stratégique - Comité directeur et stratégique	Automne 2006 Automne 2007 En continu Annuellement et dépôt au MSSS en juin de chaque année En continu
4.2 S'assurer de l'inclusion de la clientèle TCC dans les ententes entre les établissements du Consortium et les CSSS	- Vérifier l'inclusion de la clientèle dans les ententes - Assurer le suivi des ententes	Agence, établissements du Consortium intrarégional, représentant CSSS Agence, établissements du Consortium intrarégional, représentant CSSS	Selon le calendrier de l'Agence de Montréal En continu

Objectif organisationnel V Définir, consolider et assurer une gamme de services pour le suivi à long terme de la clientèle, selon le groupe d'âge et le milieu de vie
--

Problématique : Le suivi à long terme de la clientèle est assuré par le CRME, mais les paramètres (balises) du suivi n'ont pas fait l'objet de discussions et un protocole formel reste à produire.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
5.1 Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CRME et l'AQTC	- Définir les critères et les modalités de suivi long terme - Définir les responsabilités de suivi pour chacun des établissements - Implanter un mécanisme concerté et harmonisé de suivi à long terme	- Comité de coordination par le biais d'un comité de travail conjoint CRME-AQTC - Comité de coordination par le biais d'un comité de travail conjoint CRME-AQTC - Comité directeur et stratégique	À venir
5.2 Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la communauté	- Sensibiliser les instances médicales et travailler avec les CSSS pour s'assurer de la disponibilité de telles ressources	- Agence et représentants de CSSS	À venir

Objectif organisationnel VI

Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC ayant un trouble grave de comportement

Problématique : Offre de services déficiente envers les TCC-TGC. Besoins importants non-répondus par manque de ressources humaines et matérielles.

Axes de travail (objectifs spécifiques)	Moyens	Instances responsables	Échéance
6.1 Définir et assurer le développement et la continuité des soins et services pour les TCC manifestant des troubles graves de comportement	- Définir les besoins de la clientèle TCC-TGC en centre hospitalier tertiaire et en centre de réadaptation - Identifier les modalités de collaboration avec les partenaires (en collaboration avec le PREM -TGC)	- Trois établissements du Consortium, Agence et tenant compte du plan d'action du MSSS en respect avec les recommandations du groupe de travail ministériel sur le TGC - Trois établissements du Consortium, Agence et tenant compte du plan d'action du MSSS en respect avec les recommandations du groupe de travail ministériel sur le TGC	À venir À venir

**Plan d'action 2006-09
pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec**

CENTRE D'EXPERTISE
POUR LES PERSONNES BLESSÉES MÉDULLAIRES DE L'OUEST DU QUÉBEC

**PLAN D'ACTION
2006-09
(INCLUANT LES TVA)**

**Approuvé par le comité stratégique
Le 8 septembre 2006**

ZONE DE PERFORMANCE #1 : Le fonctionnement du CEBMOQ

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
1.1 Mettre en œuvre le cheminement clinique dans sa version électronique Recommandation MSSS #4 « Créer une base de données intégrée en vue de la gestion clinico-administrative efficace du consortium	2006-07 : • À compter du 1^{er} avril 2006, procéder à l'enregistrement systématique des patients dans chaque établissement • Réaliser les liens interétablissements • Procéder aux ajustements en cours de route
1.2 Mettre en œuvre le système d'information de gestion (SIG) et en exploiter les données Recommandation MSSS #4 « Créer une base de données intégrée en vue de la gestion clinico-administrative efficace du consortium	2006-07 : • À compter du 1^{er} avril 2006, procéder à l'enregistrement des données • Développer les rapports clinico-administratifs requis pour documenter une gestion efficace du consortium
1.3 Intégrer les nouveaux cliniciens à la réalité du CEBMOQ Inclure des activités d'intégration au CEBMOQ dans l'accueil/orientation des nouveaux employés lors de leur arrivée dans le programme correspondant dans l'un des établissements membres, en partenariat avec le PNAVD.	2006-07
1.4 Rehausser les activités d'échanges entre professionnels des 3 sites Élaborer un plan annuel d'échanges	2006-07 et suivantes
1.5 Revoir la présentation du rapport annuel du CEBMOQ	2006-07

<u>ACTIONS</u>		ÉCHÉANCIER
1.6 Concevoir un feuillet de présentation/description/coordonnées du CEBMOQ avec logo spécifique		2006-07
1.7 Action en lien avec la coordination médicale		2006-07
Revoir le rôle et l'implication du coordonnateur médical dans chacune des activités du CEBMOQ		

ZONE DE PERFORMANCE # 2 : La prestation des services cliniques à la clientèle du CEBMOQ

<u>ACTIONS</u>		ÉCHÉANCIER
2.1 Harmoniser les programmes d'apprentissage dans les 3 sites, en partenariat avec le PNA VD		2006-07 et suivantes : • Élaborer un plan d'harmonisation et le débiter avec les éléments les plus significatifs pour la clientèle, ex. prévention des plaies de pression
2.2 S'assurer que les mécanismes de réentrée des usagers dans le consortium est efficace, pour toutes les régions desservies par le CEBMOQ		2006-07 • Implanter et informer les partenaires régionaux par rapport aux critères et mécanismes de réentrée dans le consortium

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
Recommandation MSSS #2 : « Créer un guichet unique pour la réentrée des usagers en lien avec les Régies régionales concernées »	- Assurer l'intégration de ces critères et mécanismes de réentrée aux protocoles d'entente en cours de révision avec chacune des régions desservies par le CEBMOQ - Évaluer l'efficacité des mécanismes actuels de réentrée
2.3 Mettre en place un protocole de suivi long terme	2006-07 - Évaluer le ;projet-pilote : impacts sur les ressources nécessaires, le temps investi et les résultats cliniques pour la clientèle - Mettre en place le protocole suite aux conclusions
2.4 En collaboration avec l'Agence de services de Montréal, mettre en place, pour la clientèle nécessitant des services de santé mentale, des mécanismes efficaces de sortie du Centre d'expertise	2006-07

ZONE DE PERFORMANCE #3 : La collaboration avec les partenaires

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
3.1 Élaborer des ententes de partenariats régionaux en fonction du partage de l'offre de services, des interventions conjointes, de la coordination et de la continuité de services et du soutien au réseau <i>Recommandation MSSS #1 : « Prendre les mesures nécessaires en lien avec la Régie régionale de Montréal-Centre afin d'actualiser les volets de soutien au réseau et de coordination des services supra-régionaux »</i> Recommandation MSSS #5 : « Actualiser de nouvelles ententes régissant l'offre de services supra-régionale »	Voir calendrier à l'annexe 1
3.2 Réaliser les projets suivants en collaboration avec le CEBMEQ : • Registre Rick Hansen • Suite du projet de recherche portant sur l'évaluation des services médicaux et de réadaptation des BM (L. Noreau) • Échanges formels (réunions +compte rendus) portant sur différents aspects clinico-administratifs spécifiques aux Centres d'expertise • Protocole de partenariat avec l'APQ	En réalisation continue
3.3 Réaliser les projets suivants en collaboration avec l'APQ :	

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
• Revoir les rôles et responsabilités des conseillers à l'intérieur des établissements • Élaborer une entente formelle de partenariat • Organiser une activité annuelle de prévention des blessures médullaires	2006-07
3.4 Évaluer la satisfaction des partenaires	2006-07 : Établir la méthodologie 2007-08 : Procéder à l'évaluation

ZONE DE PERFORMANCE #4 : L'enseignement, le partage et la diffusion des connaissances

<u>ACTIONS</u>		ÉCHÉANCIER
4.1 Offrir des activités de partage et de diffusion des connaissances de façon soutenue.	• Procéder à la diffusion du « Cheminement clinique pour la personne blessée médullaire »	2006-07
	• Maintenir l'activité annuelle de 2 jours « La blessure médullaire ... une fracture dans l'existence » offerte aux partenaires provinciaux	En réalisation continue
	• Répondre aux demandes des CR régionaux	En réalisation continue
	• Organiser une activité de type « Colloque » (possibilité de partenariat avec le Centre de l'est	2007-08

ZONE DE PERFORMANCE #5 : Le développement des connaissances et la recherche

<u>ACTIONS</u>		ÉCHÉANCIER
5.1 Établir un bilan des activités de recherche en cours et établir une stratégie de développement		2006-07

ZONE DE PERFORMANCE #6 : La mesure de la satisfaction et l'évaluation des résultats

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
6.1 Évaluer la satisfaction des clients. Recommandation MSSS #6 : « Développer une démarche formelle et systématique d'évaluation de programme et de la satisfaction de la clientèle et des partenaires »	2007-08
6.2 Procéder à l'évaluation conjointe de programme Recommandation MSSS #6 : « Développer une démarche formelle et systématique d'évaluation de programme et de la satisfaction de la clientèle et des partenaires »	2007-08 et 2008-09

ZONE DE PERFORMANCE #7 : La prévention des blessures médullaires

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
7.1 Réaliser une activité annuelle de prévention des blessures médullaires	En réalisation continue

8. ACTIONS SPÉCIFIQUES AUX TVA INCLUANT LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE-CONSEIL SUITE À LA VISITE D’ÉVALUATION TVA LE 28 NOVEMBRE 2005

<u>ACTIONS</u>		ÉCHÉANCIER
8.1 Élaborer un protocole d’entente avec le CEBMEQ identifiant notamment : • La définition de la clientèle • La responsabilité du CEBMOQ au regard des TVA • Les critères de transfert • Les critères de mise en tension du CEBMOQ Recommandation MSSS #1	06-07	
8.2 Définir clairement le processus de réentrée au Centre d’expertise et s’assurer que les mécanismes en place permettent la réentrée tant à Montréal qu’en région Recommandation MSSS #2	06-07 Action à coordonner avec l’action 2.2	
8.3 Concevoir un protocole d’entente avec les régions impliquant les agences régionales et sous l’égide de l’Agence de Montréal et définissant notamment : • La définition de la clientèle • Les critères de fin de réadaptation • Les critères de retour en région Recommandation MSSS #3	06-07, 07-08 et 08-09 Action à coordonner avec l’action 3.1	

ACTIONS	ÉCHÉANCIER
8.4 Poursuivre le travail amorcé au niveau des mécanismes d’évaluation continue Recommandation MSSS #4 ▪ Évaluer la satisfaction de la clientèle incluant la perception sur la qualité de vie ▪ Étudier les besoins évolutifs des usagers qui ont été ventilés plus de 30 jours et qui ont été sevrés du respirateur, afin d'ajuster nos interventions et de mieux orienter les usagers	06-07, 07-08 et 08-09 Action à coordonner avec les actions de la zone 6
8.5 Collaborer avec l’Agence de Montréal, responsable de la mise en place de la proposition d’une disponibilité de lits pour l’hébergement de cette clientèle et le maintien à domicile de celle-ci Recommandation MSSS #5	2006-07 et 2007-08
8.6 Clientèle non-traumatique : Dresser un portrait des volumes d'activités, des besoins de la clientèle, de l'offre de services requise et des conditions de succès pour leur intégration aux activités du CEBMOQ	2006-07
8.7 Revoir les mécanismes de transfert à l’intérieur du Consortium pour s’assurer que l’usager obtienne les services dont il a besoin au niveau médical	2006-07

<u>ACTIONS</u>	ÉCHÉANCIER
8.8 Faciliter le recours à la télémédecine (téléconsultations, téléformation, télésoins à domicile) pour l'intégration au milieu naturel et au suivi long terme	En attente de la décision du MSSS et l'Inforoute Santé Canada à ce sujet
8.9 Soutenir les actions du PNAVD, auprès des instances concernées, visant l'assouplissement de la Loi 90	Processus continu

ANNEXE 1

CALENDRIER DES RENCONTRES AVEC LES RÉGIONS

RÉGION	DATES	ÉTAT DE SITUATION au 31 juillet 2006
Laurentides Personne contact : Marie-France Joly	1^{ère} rencontre en novembre 2003 - rencontre de suivi le 13 mai 2004 - rencontre de suivi le 29 juin 2004 - rencontre le 10 février 2005 (établissements des Laurentides seulement) - rencontre le 24 octobre 2005 - rencontre le 9 novembre 2005, spécifique aux TVA - conférence téléphonique le 1^{er} février 2006, spécifiques aux TVA	Documents finalisés Objectifs 2006-07 : - Signatures des partenaires - Rencontre d'appropriation (prévue le 2 novembre 2006)
Abitibi-Témiscamingue Personne-contact : Thierry Simard	2006-07	1 ^{ère} rencontre le 3 juin 2005 2 ^e rencontre le 12 octobre 2005 : dépôt des mécanismes de liaison Début 2006 : retraite de la conseillère de l'Agence de L'Abitibi-Témiscamingue et départ de la conseillère de l'Agence de Montréal Été 2006 : Réactivation du dossier par CEBMOQ Automne 2006 : 3 ^e rencontre à fixer
Laval Personne-contact : Jean Poiré	2006-07	1 ^{ère} rencontre le 5 mai 2006 : dépôt et début de discussion sur mécanisme de liaison

RÉGION	DATES	ÉTAT DE SITUATION au 31 juillet 2006
		2 ^e rencontre le 30 mai 2006 : poursuite des discussions 3 ^e rencontre prévue le 2 novembre 2006
Lanaudière Personne-contact : Caroline Nicole	à déterminer	En attente de la disponibilité de l'Agence/partenaires régionaux
Montréal Personne-contact : Christine Bertrand	2006-07	Appel à l'Agence mi-août 06
<u>Outaouais</u> Personne-contact : Gail Hawley-McDonald	2006-07	Appel à l'Agence mi-juillet 06
<u>Mauricie-Centre du Québec</u>	2007-08	
<u>Estrie</u>	2007-08	
Montréal (réseaux locaux)	2008-09	

Références

- Cadre normatif du système Med-Écho, MSSS, mise à jour 2004.
- Cadre normatif du Registre des traumatismes du Québec (RTQ), MSSS, avril 2005
- *Complémentarité des services d'urgence prise en charge des patients*, Collège des médecins, décembre 1998, page 6.
- *Continuum de services en traumatologie*, MSSS (dépliant)
- *Évaluation du projet pilote clientèle tétraplégique à ventilation assistée*, Agence de Montréal, automne 2005.
- *Guide pour la désignation des centres de traumatologie selon les niveaux de soins*, MSSS, Mars 1996, version 3.
- *Historique de la traumatologie à la SAAQ – Avant tout la vie*, SAAQ.
- *Les mécanismes de concertation en traumatologie*, MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 21 août 2001.
- *Partage des responsabilités entre les organisations faisant partie du réseau de services en traumatologie*, MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 16 janvier 2003.
- *Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008*, MSSS, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 25 novembre 2004.
- Programme national de services pour les personnes victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence, MSSS, 21 avril 2004 (document de travail)
- *Programme régional unifié en traumatologie de l'Ouest du Québec pour la clientèle adulte - Projet d'entente entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le centre universitaire de santé McGill*, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 12 octobre 2005 (document de travail).
- *Rapport des différentes visites d'évaluation*, Groupe conseil en traumatologie, MSSS.

