

# BILAN 1986-1991 & PERSPECTIVES 1992-1995

COMITÉ MONTÉRÉGIEN  
DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES  
EN SANTÉ PUBLIQUE



Diane Sergerie  
Agente de recherche socio-sanitaire

Juin 1993

WA  
250  
S474  
1993

INSPQ - Montréal



3 5567 00001 3596

## LISTE DES TABLEAUX & FIGURES

	<u>Page</u>
<b>Tableau 1:</b> Evaluation des ressources humaines du Comité régional de sécurité routière des DSC de la Montérégie, 1985-1991 .....	6
<b>Tableau 2:</b> Cadre de référence pour le suivi du dossier "sites dangereux" .....	16
<b>Tableau 3:</b> Synthèse du plan d'action 1992-1995 des projets de prévention des traumatismes en Montérégie .....	29-30
<b>Figure 1:</b> Priorisation des tronçons de routes numérotées en Montérégie selon le niveau de risque: taux pondéré vs fréquence pondérée .....	14
<b>Figure 2:</b> Décès par trauma, Québec, 1971-1990; taux par 100,000 selon la cause extérieure .....	20
<b>Figure 3:</b> Coût de la maladie et part de la recherche, au Canada, 1986 .....	21
<b>Figure 4:</b> Répartition du temps de travail programmation et fonctions d'action .....	33

## INTRODUCTION

Le comité a jugé important, avant d'appliquer une nouvelle planification stratégique, de faire le point sur ses orientations originales, les projets accomplis, les stratégies et le fonctionnement du groupe de travail, afin de tirer le maximum d'apprentissage de ce passé récent.

Quelles conclusions sommaires pouvons-nous tirer de ce bilan? Pour ce faire, nous avons examiné bien sûr les contenus et les réalisations mais aussi les éléments du contexte que constituent le fonctionnement et l'équité des ressources, l'appui de nos organismes, du partenariat, de l'approche régionale, le financement des projets, le développement et la formation des personnes, la motivation, et la concertation.

Ces repères doivent être considérés pour aller de l'avant. Si l'une de nos prémisses était de travailler sur des problématiques non couvertes par d'autres, ce choix nous aura permis de développer une expertise et une expérience unique dans plusieurs domaines des traumatismes routiers, entre autres. Notre rôle "d'agent de changement" a été interpellé dans une approche de diffusion de l'innovation et nous a permis de mieux saisir et intégrer notre rôle spécifique dans une perspective de partenariat. La concertation vécue dans presque tous nos projets nous situe également dans une meilleure utilisation de nos connaissances et de nos ressources, en termes de développement et d'application.

Ce regard rétrospectif et la mise à jour du contexte actuel nous permettent d'évaluer les ajustements nécessaires et de dégager les orientations à privilégier pour les années à venir et leur mise en oeuvre concrète.

Pour ce faire, nous avons regardé les aspects suivants de notre cheminement au terme de ce bilan: l'approche utilisée et privilégiée en 1986, les six aspects des stratégies d'implantation de cette approche, la planification et les projets de 1986 à 1991, l'évolution des ressources humaines et le fonctionnement du comité régional.

Aux fins de la planification à court terme de 1992-1993 et des perspectives 1993-1995, nous avons repris la démarche utilisée en 1986, rappelé les thématiques étudiées et la traduction concrète des priorités retenues dans un programme global de prévention des traumatismes pour la Montérégie. Ces perspectives tiennent lieu de proposition des professionnel-le-s travaillant à cette problématique dans les DSC.

## I BILAN 1986-1991

### 1.1 *L'approche privilégiée par le Comité régional de la sécurité routière des DSC de la Montérégie en 1986.*

Lointain souvenir, il est parfois utile de retourner aux sources, entre autres, au document intitulé " Problématique des traumatismes de la route en Montérégie et axes d'intervention"<sup>(2)</sup> où l'on retrouve les extraits pertinents à la présente synthèse et qui rappelle le contexte et la démarche sous-jacents à nos choix et à nos actions jusqu'à maintenant.

Quatre prémisses constituent l'approche privilégiée à la base de notre planification:

- Le contrôle des traumatismes (Injury control);
- L'approche multifactorielle (Haddon);
- Une stratégie globale (i.e. une volonté politique pour des actions concertées);
- La promotion d'interventions efficaces.

Nous croyons avoir respecté ces prémisses tant dans le choix des interventions que dans la stratégie d'implantation pour l'ensemble des projets réalisés et devoir les maintenir dans le cadre d'une autre planification.

### 1.2 *Les stratégies d'implantation de l'approche: six (6) aspects*

Le Projet régional d'intervention multiple en sécurité routière (PRIME-SR) se voulait l'application concrète des grands principes de notre approche et devait permettre de:

- Réaliser une planification d'ensemble des projets.
- A long terme, permettre aux intervenants d'intégrer la notion de "sécurité routière" dans tous les programmes, par la continuité des projets.
- Amener un effet de synergie grâce à l'interrelation entre les projets.
- Favoriser la concertation entre les différents niveaux d'intervenants "réunis localement dans l'action".

- En fonction de la capacité des D.S.C., fournir un support aux intervenants et favoriser la couverture de problématiques non couvertes ou qui ne bénéficient pas d'une application optimale.
- Évaluer et ajuster la stratégie selon le contexte national, régional et local et les ressources disponibles.

Aujourd'hui encore, les policiers citent en exemple le PAS ceinture quand nous leur parlons du vélo-casque. La controverse du rôle des DSC dans le dossier des sites dangereux s'estompe en Montérégie avec le projet-pilote sur l'étude des huit (8) sites par un ensemble de partenaires qui se sont concertés. La conclusion de l'expérience aboutit à un modèle proposé par le MTQ où chacun a maintenant un rôle défini dans ce dossier. Ceci met en valeur le rôle d'agent de changement<sup>1</sup> des DSC et à cet égard, de l'efficacité de notre stratégie, le développement d'une expertise politique étant aussi crucial que l'expertise technique.

### 1.3 *La planification, les projets de 1986 à 1991.*

L'annexe 1 reprend tous les projets réalisés de 1986 à 1990 et identifie le projet, la population-cible, les acteurs, les résultats, l'impact et le suivi. On y retrouve une excellente synthèse mais comme elle est organisée "par facteur" et non chronologiquement, le tableau 1 en fait la synthèse visuelle et complète en incluant l'année 1991.

#### 1.3.1 Synthèse des projets planifiés par le Comité régional

Issues de la revue de littérature et du dossier de connaissance réalisé sur cette problématique, nous avons dressé la liste d'une vingtaine de problématiques pour ensuite appliquer une méthode de priorisation qui nous a permis de coter chacune d'elle à partir de cinq (5) critères dont le premier, (A) "**l'ampleur du problème**", fournit un premier seuil discriminant.

Le comité a ainsi retenu une dizaine de sujets reliés à la gravité pour y appliquer une nouvelle évaluation pondérée sur les autres critères soit:

- B. la couverture du problème en Montérégie
- C. la disponibilité d'interventions efficaces
- D. la faisabilité
- E. l'acceptabilité par les intervenants et population.

<sup>1</sup> À ce titre, nous nous sommes inspirés du livre «Diffusion of Innovations», Everett M. Rogers, 1983, pp 164-165.

Les 10 thématiques retenues furent:

1. facultés affaiblies (alcool),
2. ceinture de sécurité,
3. sécurité des cyclistes,
4. population de 15 à 24 ans,
5. points noirs,
6. développement de nouvelles interventions,
7. sécurité des motocyclistes,
8. services médicaux d'urgence,
9. compétence des conducteurs,
10. transport en commun.

Les trois (3) premières thématiques ont été retenues parce qu'elles arrivaient en tête de liste du score pondéré et parce qu'elles répondaient au seuil minimal sur chaque critère. La thématique "points noirs"; ou sites dangereux, a également été retenue malgré son rang notamment pour certains critères d'application à court terme. De même, la thématique touchant les jeunes "15 à 24 ans" située au 4<sup>e</sup> rang ne répondait pas à un seuil minimal sur les critères de faisabilité et rapport coûts/bénéfices, en tenant compte de l'efficacité des mesures d'intervention disponibles. Le thème des services médicaux pré-hospitaliers a retenu notre attention du point de vue de la recherche dans une période ultérieure de notre planification.

### 1.3.2 Les principaux dossiers

Nous croyons important d'attirer l'attention du lecteur sur la bibliographie jointe à ce bilan puisqu'elle illustre de façon détaillée les productions et les réalisations des ressources du Comité régional de prévention des traumatismes. En effet, il ne s'agit pas de références mais de documents produits par la Montérégie qui traduisent de façon exhaustive nos travaux.

C'est pourquoi nous ne saurions traiter de tous les dossiers mais désirons plutôt parler de ceux qui ont connu le plus d'impact soit en termes de la santé de la population, soit en termes du développement technique ou de l'engagement des partenaires de réseaux connexes à intégrer ces pratiques.

#### A. La conduite avec facultés affaiblies

L'alcool est un facteur présent dans près de 50% des décès reliés aux accidents de la route. Ce constat, avant le contexte de la criminalisation de la loi, nous a amenés à choisir une stratégie d'intervention qui propose des alternatives à la conduite avec facultés affaiblies, auprès des entreprises et de la population en général avec le TAXI-DEUX-CHAUFFEURS, puis avec le projet PERMIS auprès des établissements détenteurs d'un permis d'alcool.

### **B. Le programme de promotion du port de la ceinture de sécurité**

En 1986, le comité régional a organisé, à titre de projet-pilote, le premier programme de promotion du port de la ceinture de type "Selective Traffic Enforcement Program" au Québec. Cette campagne a permis d'atteindre un taux de port en Montérégie jamais atteint auparavant en passant de 58% à 72%. Ce P.A.S. a été repris par la S.A.A.Q. en 1987 et 1990 au Québec. L'évaluation de ce projet nous a permis de le comparer à d'autres au Canada et aux Etats-Unis pour conclure à une efficacité maximale<sup>(16,17,18)</sup>.

### **C. L'identification et la correction des sites dangereux en Montérégie**

Cette recherche appliquée nous a permis d'ouvrir la discussion sur la pertinence, la méthodologie, l'expertise technique et la volonté politique et administrative de faire de la connaissance et la surveillance au niveau du facteur environnement et infrastructure quant à leur contribution aux traumatismes routiers.

L'appropriation par une table régionale de concertation des buts et méthodes des DSC en a fait un modèle en termes de suivi et d'intégration dans des réseaux extérieurs à la santé publique. L'expérience pilote de la table régionale d'orientation et des huit (8) comités de travail en 1991 nous amène aujourd'hui à une proposition concrète: un protocole technique d'identification, priorisation et corrections géré par le Ministère des transports et où le rôle des intervenants y est mieux défini. Ces travaux, entre autres, ont contribué à un réaménagement de la structure de ce ministère avec l'ajout de ressources et des budgets réaffectés et d'une reconnaissance régionale au chapitre de la sécurité routière.

### **D. Le programme de promotion du port du casque à vélo**

Ce programme destiné aux 5-14 ans et appliqué depuis trois ans a déjà fait passer le taux de port de 1.3% en 1989 à plus de 16% en 1992. Le prix du casque, obstacle majeur, a diminué de plus de 40% et le volume de ventes a triplé dès la première année. En Montérégie les enfants prennent deux fois plus souvent l'initiative de l'achat du casque que dans le groupe-témoin soit dans la région de Laval-St-Jérôme<sup>(59)</sup>.

Ces nouvelles valeurs positives relatives au port du casque se traduisent un peu partout et sont reflétées par la visibilité du casque en publicité. La SAAQ a aussi emboîté le pas en intégrant le casque comme accessoire de sécurité dès 1990 et dans les contenus du programme de formation personnelle et sociale dans les écoles de même que dans sa campagne de 1993 sur la sécurité à bicyclette.

## E. Les services post-impact: soins d'urgence et préhospitaliers

Les travaux de recherche sur les **services post-impact** ont permis, dès 1987, d'explorer "L'implantation régionale d'un système de soins d'urgence intégrés selon le modèle de Boyd en Montérégie"<sup>(48-49)</sup> par un profil régional de la situation. La 2ème phase approfondissait le portrait du système avec un regard sur les "critères de traumatismes crâniens sévères"<sup>(52)</sup> pour en venir, dans la 3ème phase, à un protocole "d'évaluation de l'efficacité réelle des soins et services"<sup>(53, 54)</sup>. Depuis 1991, le Conseil régional<sup>2</sup> a formé un comité régional de traumatologie visant l'application du modèle de Boyd, avec l'intégration des services préhospitalier et hospitalier. Des membres du comité régional continuent de participer à ce travail.

En résumé, tous les projets planifiés ont été réalisés. Les délais de réalisation ont été plus longs pour les projets de recherche ou de développement que tous les programmes ponctuels d'interventions, ce qui est tout à fait normal. Nous avons même pu répondre au contexte politique qui nous demandait d'intervenir de façon rapide (enquête de coroners, lobby du coussin gonflable, des armes à feu, extension des heures de vente d'alcool, etc.) en sus des travaux en cours.

### 1.4 L'évolution des ressources humaines

Le tableau 1 schématise les ressources humaines sur une base de temps complet (1,0) rendues disponibles dans chaque D.S.C. pour le dossier des traumatismes routiers c'est-à-dire à l'intérieur des projets du comité régional.

Tableau 1

**ÉVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES DU COMITÉ RÉGIONAL  
SÉCURITÉ ROUTIÈRE DES D.S.C. DE LA MONTÉRÉGIE 1985-1991**

( ): Les parenthèses indiquent des ressources contractuelles

	RESSOURCES HUMAINES D.S.C.				
	H.R.	VAL.	H.R.	C.L.	TOTAL
1985-1986	0,5	0,5	1,0	0,2	2,2
1986-1987	1,0	1,0	0,8	0,6 (0,3)*	3,4
1987-1988	0,5 (0,3)*	0,8 (0,2)	0,1	0,5	2,1
1988-1989	0,7 (0,3)*	0,6	0,3 (0,15)*	2,5 (0,5)*	4,1
1989-1990	0,5	0,6	0,1 (0,1)*	3,1 (1,0)*	4,3
1990-1991	0,3	0,6	0,4	2,3 (0,8)	3,8

<sup>2</sup> CRSSSM: Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce que l'on constate, c'est l'écart d'engagement constant en termes de ressources dans les différents D.S.C. et une concentration des ressources humaines à certaines périodes et ceci, malgré le souci du comité de répartir le développement d'une expertise technique équitable et l'application des programmes à l'ensemble de la population de la Montérégie.

Nous avons tout de même réussi à maintenir une masse critique de ressources. Pour ce faire, nous avons axé le développement par problématique en se spécialisant dans des champs différents ce qui facilitait ensuite l'application sous-régionale là où les ressources étaient plus restreintes. Les priorités administratives de chaque DSC étaient alors établies localement ce qui n'a pas empêché le comité de bâtir une constance régionale malgré le peu de constance locale.

Nous croyons important de maintenir une capacité d'agir auprès de la population et des interlocuteurs locaux, régionaux, provinciaux et ceci exige une base stable de ressources. De même le développement d'une masse critique de professionnels ayant une expertise technique et politique s'avère important pour une régionalisation optimale.

### *1.5 Fonctionnement du comité*

La coordination du comité a été assumée par les quatre DSC successivement. A l'heure actuelle le DSC de Valleyfield, en prenant la relève depuis septembre 1992, boucle ainsi la participation de tous les DSC au travail de coordination. Cette rotation a aussi contribué à motiver les professionnels à d'autres aspects de l'organisation que le contenu technique, entre autres les volets politique et administratif, tout en les habilitant à rayonner dans l'ensemble de la communauté par les relations extérieures et, de façon corollaire, cette approche contribue à élargir la visibilité de la santé publique en Montérégie.

Le travail de coordination a consisté traditionnellement à préparer les documents relatifs au bilan des activités et à la planification et informer et consulter les chefs de D.S.C.; également, convoquer et animer les réunions et voir à la réalisation et au suivi des projets de façon générale. Elle consiste, de plus, à être le porte-parole officiel du groupe avec les organismes extérieurs mais c'est le responsable de chaque dossier qui se charge des communications relatives à celui-ci.

Actuellement, ces fonctions sont plus "décentralisées" et chacun y participe informellement.

L'orientation et les contenus de projet sont discutés en comité qui décide par consensus. La décision de l'application des programmes et l'allocation de ressources relevant de chaque administration locale de DSC, restait élective.

Globalement, la participation et l'organisation varient selon les responsables de projet et le contexte "politico-financier" de chaque DSC. Tous fonctionnent sur un modèle de "gestion par projets".

## II DES LEÇONS DE 1986 À NOS JOURS

En 1986, la consultation des statistiques de mortalité comparant les grandes causes de décès suffit à évaluer l'ampleur du problème des accidents de la route et à en faire une priorité d'étude en Montérégie. En effet, à travers le Québec, c'est dans cette région administrative que l'on retrouve le plus grand nombre de décès et de blessés graves par accident de la route.

Si les thèmes retenus étaient d'une actualité criante quant à l'importance de la problématique, ils ne l'étaient pas nécessairement quant au rôle du DSC et de chacun des partenaires. Ainsi, une partie importante de nos activités à compter de 1986 a servi à établir des liens fonctionnels avec d'autres intervenants régionaux à travers des projets les impliquant.

Des efforts de sensibilisation et d'apprentissage, de part et d'autre, ont dû être déployés quant à la pertinence et à la faisabilité d'intervenir dans des dossiers spécifiques et cela, juxtaposés à une volonté de prioriser une forme de collaboration régionale tant au niveau de la planification que de l'intervention à l'intérieur et à l'extérieur du réseau de la santé communautaire.

En 1986, le contexte nous apparaissait tel, que la plupart des interventions de prévention étaient concentrées sur un seul des facteurs soit le comportement humain. Ce n'était d'ailleurs pas qu'une impression puisque confirmée par le sondage réalisé auprès des municipalités et l'inventaire des interventions réalisées en Montérégie<sup>(22)</sup>.

Ainsi, en 1986, le Ministère des Transports ne considérait pas l'infrastructure comme un facteur de risque lié aux accidents de la route et devant, à cet égard, être étudié comme tel. En 1988, la SAAQ, avec l'arrivée de son premier plan quinquennal de sécurité routière, introduisait une programmation essentiellement basée sur le comportement humain. En général, les municipalités étaient peu sensibilisées à la sécurité routière et ne faisait pas le lien avec leurs champs de responsabilités; les forces policières agissaient à ce niveau depuis fort longtemps, mais davantage dans le cadre strict de l'application coercitive du code de sécurité routière.

Aujourd'hui, en 1993, le contexte est fort différent. Nous nous croyons en mesure de tirer quelques leçons de notre expérience. Dans les paragraphes suivants, nous faisons part de nos apprentissages et de l'état de la réflexion qui a contribué à créer notre vision du

rôle des intervenants de la santé publique relativement à la prévention des traumatismes au niveau régional. Et nous espérons qu'elle puisse servir de guide à des applications futures.

## 2.1 La capacité d'agir

La réussite de nos premiers projets nous a convaincus de notre capacité d'apporter des changements contribuant à une meilleure protection de la population. L'expérience de la promotion de la ceinture de sécurité en 1986 a été très encourageante. En effet, les policiers municipaux, les entreprises, la Sûreté du Québec ainsi que les médias ont largement collaboré à celle-ci. Le volet évaluatif a été convainquant et a contribué à l'adoption du modèle par la SAAQ. Ainsi, l'engagement des partenaires régionaux et les impacts extrarégionaux ont été deux éléments positifs dans ce dossier.

Toutefois, il est important de souligner que la base de notre travail, au départ, est évidemment le choix des projets, soutenu par des dossiers de nature «technique» concernant la pertinence et la faisabilité d'une action, basée sur un respect mutuel et un partage des responsabilités intersectorielles.

Ces mêmes principes ont guidé notre travail dans l'étude des sites dangereux, la promotion du casque de vélo et la recherche sur les services médicaux d'urgence.

Un des plus importants défis auquel nous avons dû faire face fut d'être confrontés, tout au long de nos travaux, au rôle de protection de santé publique dévolu aux DSC et défini dans la loi, mais dont les enjeux, dans plusieurs problématiques, relevaient d'autres entités administratives. Dans nos études de besoins, les solutions identifiées relevaient dans presque tous les cas d'organismes autres que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Même dans le cas des services d'urgence (post-impact), responsabilité relevant du MSSS, la responsabilité administrative pour l'organisation des services relevait bien sûr d'une entité autre que les DSC (les CRSSS).

Au départ, nous avons perçu ce manque de concordance (responsabilité «populationnelle» et autorité administrative) comme une contrainte à nos actions. Présentement, nous voyons cet état de fait comme relatif aux structures faisant partie de sociétés complexes. Néanmoins, il nous faut définir une orientation appropriée afin d'induire ou d'introduire des changements dans les organismes détenant les pouvoirs et pouvant prendre des décisions d'ordre administratif dans les domaines que nous avons jugé prioritaires. Pour ce faire, nous avons développé une approche basée sur les principes inspirés, du moins en partie, de la «Diffusion de l'innovation»<sup>3</sup>. Nous avons aussi tenu compte de l'importance de notre compétence, du respect de nos partenaires ainsi que de nos propres limites.

<sup>3</sup> Op. cit. Rogers, Everett, M., 1983.

A travers les projets d'étude et d'intervention de la Montérégie, nous croyons que les intervenants de la santé publique ont occupé une place privilégiée. Effectivement, nous avons un «droit de regard» et un «devoir de regard» en termes de définition des besoins en protection de la santé de la population, incluant la définition des champs d'intervention et ceci, en concertation avec les intervenants appropriés. Ces responsabilités et droits méritent un comportement professionnel attentif qui reconnaîsse nos limites, nos compétences et l'importance d'un développement constant sur le plan technique.

## 2.2 *Introduction de l'innovation: un modèle*

Les interventions que nous avons développées à travers les sept (7) dernières années impliquent toujours des changements de comportement soit au niveau des individus, soit au niveau des organisations.

Selon les problématiques et les objectifs, nous avons retenu différents cadres théoriques ou guides techniques visant à orienter et concrétiser les plans de travail. Par exemple, le modèle PRECEDE<sup>(61)</sup> de promotion de la santé appliqué au programme Vélo-casque ou la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein dans la définition des messages véhiculés auprès des enfants, le Selective Traffic Enforcement Program (STEP) dans la promotion du port de la ceinture de sécurité, ont contribué d'une manière concrète dans la formulation des programmes.

Un élément toujours fondamental de nos interventions a été de retenir une vision d'efficacité populationnelle dans le choix de ces modèles et stratégies. Bien sûr, il est redondant de mentionner la grille de référence globale de Haddon puisqu'elle est à la base de toute la démarche depuis 1985.

Tout aussi fondamental, nos actions sont commandées par une approche traduite par le modèle sociologique connu sous le nom de "Diffusion of Innovations"<sup>4</sup>. Ce modèle décrit le processus d'adoption ou de non adoption des innovations sur une base populationnelle. Ici le terme **innovation** fait référence à "une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme étant nouveau par un individu ou une unité d'adoption".

Ce modèle présente des composantes du phénomène d'adoption d'une idée ou d'un comportement, définit des caractéristiques populationnelles et le cheminement par étapes des différents sous-groupes. Il définit aussi les caractéristiques des innovations qui en rendent l'adoption déterminante ainsi que les rôles joués par les "agents de changements" c'est-à-dire celui qui cherche à introduire les innovations. On ne peut parler d'innovation sans une réflexion sur la généralisation dans la population, les obstacles et les pièges comme celui, entre autres, d'augmenter les inégalités sociales.

<sup>4</sup> Op. cit. Rogers, Everett, M., 1983.

### 2.3 *Le rôle d'agent de changement*

Dans le domaine de l'introduction et la diffusion de l'innovation, Rogers identifie un intervenant qui s'appelle «l'agent de changement». Certaines des composantes d'une telle fonction nous caractérisent bien.

Tel que défini par Rogers, le succès d'un tel agent est tributaire de l'effort investi pour rejoindre les «clients». Il souligne l'importance pour l'agent d'être en premier lieu soucieux de son client, et non pas de sa propre organisation. Le succès de l'introduction et de l'agent dépend du moins en partie de la compatibilité entre le «produit» et les besoins du client, ainsi que des connaissances, par l'agent, du contexte dans lequel se trouve le client. Rogers définit une série d'autres «généralités» et orientations prédictives du succès d'un «agent de changement» que nous croyons pertinentes pour les intervenants de la santé publique.

L'agent de changement n'est pas celui qui détient le leadership mais celui qui identifie les clients visés puis cherche les leaders des réseaux auxquels appartiennent les clients, groupes ou populations ciblées. Son contenu est défini en fonction des groupes visés mais les leaders contribuent à définir des stratégies d'intervention, à sensibiliser et à ouvrir chacun des réseaux. En ce sens, il contribue aussi à influencer sur le contenu, en rétroaction.

A travers ces réflexions, nous en sommes venus à la conclusion que la santé publique ne doit pas chercher à assumer le rôle de leadership ni de contrôle quant aux fonctions administratives des autres intervenants. Malgré l'évidence de la fonction de leadership que nous avons eu à l'intérieur du réseau de la santé publique, nous apportons les nuances suivantes:

1. comme agent de changement, nous cherchons à faire accepter les changements ou «innovations» au niveau des autres intervenants;
2. idéalement, notre participation intervient au stade d'**introduction** des changements;
3. ceci implique aussi que nous n'assumons pas toujours les fonctions administratives lorsqu'elles réfèrent à d'autres organisations, ni le leadership, mais que nous identifions surtout les composantes de la pertinence et de la faisabilité des orientations retenues;
4. les caractéristiques des individus impliqués ont un rôle important quant au succès, et le processus d'introduction est très important (ça fait appel aux concepts de transparence, une attention particulière au contexte de travail ainsi qu'au respect des partenaires).

Le dossier des sites dangereux peut servir d'exemple. A partir d'une étude des DSC, nous voulions établir des liens avec les partenaires concernés détenant l'autorité administrative de donner un suivi aux mesures proposées. Notre préoccupation était alors la transparence du message et la reconnaissance de chacun dans leurs champs de responsabilité. Un expert en communication nous a suggéré une stratégie en quatre points teintée de ces principes, soit:

1. rendre l'étude de départ accessible, par les synthèses et présentations ciblant des auditoires spécifiques;
2. favoriser la collaboration des participants en les considérant tous sur un même pied d'égalité;
3. véhiculer une image homogène, c'est-à-dire faire preuve de cohérence au niveau des DSC et pouvoir expliquer le cheminement du dossier;
4. maintenir l'intérêt par un suivi régulier et la présentation des résultats des études et des mesures correctives.

Le comité croit utile de poursuivre cette ligne de pensée dans les travaux intersectoriels.

#### **2.4 Choisir les interventions efficaces**

Lors de notre planification de 1986, le critère de «l'efficacité de l'intervention» a été retenu parmi les cinq critères de priorisation pour choisir les projets. Ce critère réfère aux interventions connues et évaluées ailleurs ayant démontré leur capacité à prévenir ou à contrôler «le problème» à l'étude.

Une intervention prouvée efficace en termes d'indicateur de santé populationnelle peut servir à induire une action ou un programme par rapport à un autre problème aussi grave mais où les interventions connues s'avèrent peu efficaces ou peu mesurées.

Lors de notre planification de 1991, nous avons augmenté la pondération attribuable à ce critère par rapport aux autres critères. Dans le contexte de notre intervention en santé publique, nous croyons fondamental de renforcer ce critère en général, exception faite pour les projets pilotes et projets de recherche visant le développement de nouvelles interventions. Dans l'ensemble de nos projets, ce critère prime quant à la pertinence des interventions choisies. Cette attention apportée à la pertinence d'intervenir en fonction d'une efficacité de moyens a été un élément qui a permis de présenter des projets crédibles à nos partenaires.

## 2.5 *Les inégalités sociales dans la prévention et la promotion*

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le but ultime des stratégies régionales de «Santé pour tous pour l'an 2 000» est une meilleure équité en santé et en soins de santé. Ceci implique une réduction des écarts inter-régionaux et au sein de différents groupes d'une même région.

Dans les études concernant l'introduction des innovations, nous nous trouvons vite confrontés avec les généralisations concernant l'introduction des innovations et les écarts socio-économiques. En effet, en général, l'introduction des innovations augmente les écarts au lieu de les diminuer et contribue ainsi à renforcer les inégalités devant la maladie et la santé.

Nous savons que tous ne sont pas égaux devant la maladie; les facteurs socio-économiques contribuant à augmenter les risques. Dans le domaine de la sécurité, la corrélation entre les comportements sécuritaires, les environnements sécuritaires et les revenus des individus (ou autres mesures d'inégalités) nous amène à croire que le problème des inégalités n'est pas imaginaire et que nos interventions pourraient même les augmenter (ex.: coussin gonflable, ceinture arrière dans un parc automobile renouvelé, etc.).

Ce souci concernant l'application d'interventions «efficaces» devrait être pris en considération. Nous croyons que sans une attention particulière, les analyses «coût-bénéfice» basées sur les «bénéfices sociaux nets» et ne tenant pas compte de la distribution populationnelle de ces bénéfices, ne sont ni justes, ni adéquates.

Ainsi la distribution des mesures de prévention doit-elle se faire selon une distribution des facteurs de risque correspondant aux populations-cibles. De bonnes mesures aux personnes à niveau de risque moindre donne une efficacité moindre.

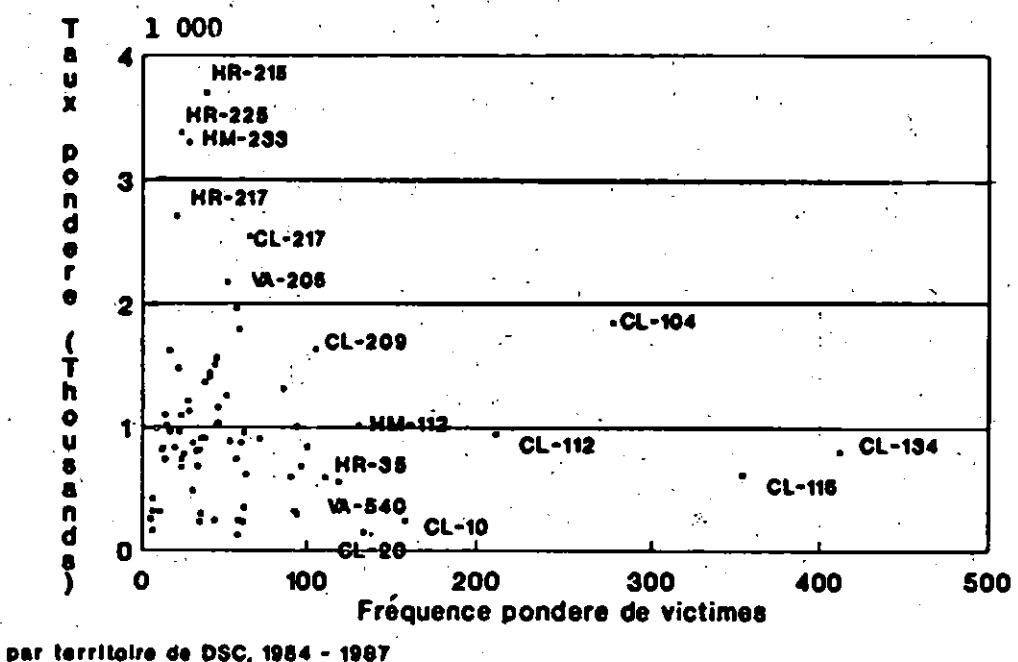
De façon concrète, comment ce souci se traduit-il dans nos analyses et nos actions? A titre d'exemples, nous avons choisi les sites dangereux et la promotion du port du casque à bicyclette. Dans le premier cas, nous présentons la figure 1 qui a guidé nos choix des sites prioritaires d'étude pour l'application des mesures correctives. Notons deux critères prioritaires, soit la fréquence pondérée et les taux pondérés pour différents tronçons de route en Montérégie. La priorité d'axer sur «le bénéfice net» aura comme conséquence d'étudier davantage les lieux à haute fréquence de victimes; par contre, un souci pour le risque auquel des utilisateurs individuels de nos routes sont exposés nous incitera à surveiller les tronçons à haut risque en termes des taux par 100 000 000 véhicules-kilomètres.

Dans cette approche, nous avons tenu compte des deux éléments en reconnaissant qu'ils sont habituellement en contradiction, c'est-à-dire que les routes à grand débit de trafic sont mieux construites et moins dangereuses pour un utilisateur donné que les

routes (rurales) à faible débit de trafic. Nous en avons donc priorisé selon les deux critères afin de ne pas défavoriser des endroits dont la fréquence absolue est moindre mais relativement élevée par rapport à des mesures d'exposition au risque<sup>(27, 46)</sup>.

**Figure 1**

**Priorisation des tronçons de routes numérotées  
en Montérégie, selon le niveau de risque:  
taux pondéré vs fréquence pondérée**



Au cours du développement d'une autre intervention de protection visant à réduire les traumatismes crâniens, soit la promotion du vélo-casque, une évaluation préalable a identifié que le prix du casque était une barrière importante à son acquisition. Dès le départ, l'objectif de réduire cet obstacle s'est traduit par des démarches auprès des détaillants afin d'en réduire le coût et d'en assurer une certaine accessibilité. Dès que nous avons atteint un taux de port de 16%, observé en 1992 dans notre région, nous avons commencé des activités spécifiques visant une accessibilité accrue du casque au sein des quartiers défavorisés. Cette intervention se poursuit mais demeure à un stade préliminaire. Cependant, le prix du casque est passé de \$60.00 à \$20.00 et moins.

## 2.6. *Un fonctionnement par projet*

Depuis le début du comité régional, les champs d'activités ont été définis par projet avec une définition des objectifs opérationnels, des échéanciers et des ressources requises. Étant donné qu'à toutes fins pratiques l'application des projets dépend en grande partie du partenariat avec les intervenants «hors DSC», nous n'étions jamais totalement assurés de leur opérationnalisation.

Il faut aussi noter l'importance du facteur "temps" depuis la planification jusqu'à la réalisation qui varie selon les enjeux et les préoccupations des milieux concernés; à titre d'exemple, dans notre propre ministère, les recommandations ou «orientations fondamentales» mises de l'avant dès 1989 dans notre étude sur les services d'urgence n'ont porté «fruit public» qu'en 1992 avec la création d'un Comité régional de traumatologie.

Nos démarches auprès du comité provincial de prévention des traumatismes, visant à généraliser la promotion du port du vélo-casque, ont également duré 3 ans avant d'être retenues. Tel que mentionné par Edward Hall dans un autre contexte, "Les blancs ont une tendance à croire que dans l'absence d'activité apparente, rien ne se passe. En fait cette vision n'est que très partielle<sup>5</sup>". En effet, dans la plupart de nos activités et projets, nous n'avons qu'une vision et une connaissance partielles de ce qui se passe dans les «populations cibles» ou chez les «partenaires».

Nous croyons que le fonctionnement par projet reste encore très approprié et que notre souci pour l'évaluation des interventions demeure très pertinent. A court terme, cette façon de procéder ralentit notre capacité d'intervenir étant donné le temps nécessaire pour préparer un dossier, mais à moyen terme, elle nous permet de réorienter nos interventions et de convaincre nos partenaires de la pertinence de nos choix.

## 2.7 *Un modèle opérationnel selon trois axes*

Nous en sommes arrivés à définir trois axes (non mutuellement exclusifs) d'application des interventions essentiels au bon fonctionnement d'un projet. Ces trois axes sont définis en termes " techniques, administratifs et politiques". L'expression "technique" réfère en fait à la **connaissance** ou au développement de l'expertise dans un domaine particulier.

Dans une application concrète, telle que présentée dans le rapport sur les "sites dangereux", nous avons illustré ce que représentent ces axes, au tableau 2.

<sup>5</sup> Hall, E., "The Dance of Life: the other Dimension of Time", Doubleday, New York, 1983.

Tableau 2: CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE SUIVI DU DOSSIER DES SITES DANGEREUX

Volet (dossiers)	Buts (objectifs)	Activités	Population en général	GROUPES-CIBLES/PARTENAIRES						
				RAAQ	MTQ	Mun.	Univ.	CLSC	Groupes locaux	Policiers
• POLITIQUE	«Débanaliser»	Stratégie de communication	X		X	X	X	X	X	X
	Sensibiliser	Rencontres avec les groupes-cibles (relations publiques)			X	X	X	X	X	X
	Mise sur la place publique	Articles, revues professionnelles Colloques Appui aux groupes communautaires	X		?	X				
• ADMINISTRATIF	Concertation	Proposition d'un plan de travail		X	X	X		X	X	X
	Assurer un engagement administratif et financier	Politique intersectorielle, inter-DSC, provinciale		X	X	X				X
• TECHNIQUE	Renforcer et rendre accessible la méthodologie d'identification des sites dangereux	Rapports local et régional			X		X			
	Développement d'une méthode de priorisation des interventions correctives	Projet de maîtrise «Génie du transport» à explorer					X			

La découverte de ces trois aspects distincts et complémentaires s'est faite à l'observation de nos liens fonctionnels avec les autres intervenants régionaux et hors région. Ceci a aussi permis une reconnaissance explicite de certaines activités, telles que les présentations lors des colloques, qui n'ont pas été simplement des présentations "techniques ou formatives"; elles font aussi partie des interventions visant une transformation des valeurs et de notre capacité d'agir.

Ce cadre de référence documente les orientations des DSC en particulier puisque nous y trouvons des points de repère quant aux rôles des réseaux externes en même temps que nous définissons notre apport selon la nature de nos interventions et les niveaux de responsabilités impliqués.

## 2.8 *Un cadre régional: planification, expertise, application*

Après sept ans de travail, notre préoccupation constante reste la priorisation d'interventions régionales. Cependant, des demandes diverses s'ajoutent comme complément ou soutien à des activités de niveau provincial désormais encadrées par un programme traduisant les objectifs de santé.

Nous croyons qu'une perspective d'appui aux objectifs de santé provinciaux devrait orienter le travail des organismes de santé publique. Son opérationnalisation devant se traduire par une programmation régionale, et la connaissance/surveillance et la recherche devant **supporter cette programmation**.

Il faut donc regarder le programme de santé en fonction de chaque région et ajuster, non les objectifs, mais les priorités et la planification, en regard des acquis. Nombre de mesures proposées ont déjà été réalisées en Montérégie.

En "traumatismes", la connaissance s'est développée par différents professionnels au gré des pratiques pour constituer un réseau d'experts. Il s'agit donc d'une masse critique de compétences, partagées entre plusieurs individus répartis dans le réseau et le plus souvent doublé d'une expérience en tant que "praticien" dans le même domaine.

Ceci reflète la première source d'expérience technique qui ait été développée au chapitre des traumatismes. Il reste que les traumatismes représentent un champ très large de domaines et la formation correspond à un besoin réel en termes de connaissance. Il ne s'agit pas ici d'objecter la qualité de cette connaissance à celle propre aux universités. Nous croyons que les professionnels oeuvrant dans le réseau sont aussi des universitaires dont la tâche est de mettre à profit leur compétence pour agir sur des problèmes réels avec des objectifs d'efficacité.

A cet égard, plusieurs projets développés en Montérégie ont eu pour effet de développer une expertise certaine et particulièrement relative aux traumatismes routiers. Rappelons

seulement les sites dangereux, le vélo-casque et le post-impact qui ont entraîné des retombées extra-régionales.

La reconnaissance du rôle d'intermédiaire dans l'intervention doit guider le développement d'expertises qui seront orientées de la manière la plus efficace vers l'atteinte des objectifs.

L'application contrôlée par les DSC de plusieurs de ces projets pilotes, dans un contexte d'évaluation, a contribué à cette expertise. C'est pourquoi nous croyons qu'elle fait partie d'un continuum avec la connaissance, l'intervention et l'évaluation. Le niveau régional, tout au moins en Montérégie, fournit un champ d'expérimentation privilégié en termes d'application à des indicateurs de santé. De même, l'homogénéité et la cohérence des actions contribuent-elles aux résultats obtenus et à la crédibilité et, subséquemment, à la généralisation de ces programmes. Elle rentabilise aussi les investissements de développement.

## 2.9 *Le rôle de la recherche*

Le poste de commande, à ce jour, a été confié à la programmation par le biais des interventions. La planification des projets a cependant été alimentée par une démarche de connaissance basée sur la gravité des problèmes, l'efficacité des interventions et l'analyse des besoins.

Une difficulté majeure à laquelle nous nous sommes confrontés tient à la rareté du financement des interventions visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Ceci occasionne des problèmes quand nous insistons sur une orientation d'intervention populationnelle couvrant les groupes à risque à travers la Montérégie. On pourrait facilement envisager une solution axée sur le financement des interventions, incluant un volet évaluatif, tel qu'appliqué dans l'état de New York par le "Governor's Traffic Safety Committee", orientation que nous appuyons.

En tenant compte de cette contrainte de faible financement, nous avons dû choisir des projets dont l'efficacité a été démontrée dans d'autres contextes. Ainsi, notre travail de recherche consiste en grande partie à des études de connaissance, pertinence et faisabilité et d'évaluation du processus et de résultats des interventions.

Le comité souhaite toujours intégrer un volet de recherche lié à des contenus dans ses travaux sans négliger le développement de nouveaux outils évaluatifs et une attention accrue aux questions méthodologiques.

Les domaines spécifiques de la recherche prioritaire dans les champs de la sécurité routière sont proposés dans les mémoires préparés par l'AQTR à la demande du MTQ (1989) et du Transport Canada (1992) élaboré avec la participation de membres du comité régional.

Une autre préoccupation concernant la recherche relève de l'application ou de l'utilisation des résultats de la recherche. Dans le contexte d'une unité de santé publique, nous appuyons une orientation de la recherche, telle que définie par Giddens dans ses travaux concernant la "modernité"<sup>6</sup> qui vise une application concrète des résultats des recherches entreprises. Ce qui est conforme à l'esprit du modèle de Dab et Abenheim également<sup>7</sup>.

Comme agent de changement, cette démarche nécessite une énergie plus grande que de s'en tenir à la recherche per se. Sur le plan professionnel par contre, le système des valeurs semble surtout privilégier «les recherches fondamentales». Les crédits sont plus facilement accessibles (subventions, publications, conférences, etc.) pour les produits «recherche» que pour les «produits» basés sur les objectifs de santé et l'atteinte de ces objectifs par des programmes d'intervention. Nous croyons que cette situation reflète au moins en partie la faiblesse des liens entre les universités, les chercheurs et les intervenants engagés dans des actions auprès des populations.

### **III PERSPECTIVES 1992-1995**

#### **3.1 De la sécurité routière à la prévention des traumatismes**

Le portrait du fardeau social des traumatismes ne s'illustre que très partiellement par les chiffres de la mortalité. La morbidité explique en grande partie l'importance de certaines catégories de traumatismes tels que ceux reliés au travail, aux activités sportives, ou encore à la violence conjugale et interpersonnelle en général. Notre appréciation des dimensions de la morbidité reliée aux traumatismes est au mieux rudimentaire. Les instruments de mesure sont peu développés et les ressources accordées par la société, ayant une meilleure perception de ces problèmes, ne concordent aucunement avec l'importance de ces problèmes tels que définis en termes économiques.

Cet état de choses, en termes d'appréciation de l'ampleur des différentes catégories des traumatismes, est tout de même à se transformer. Le fait que le ministère ait accordé son soutien à la publication du livre «Les traumatismes au Québec, comprendre pour prévenir», publié en 1991, et la place allouée aux traumatismes à l'intérieur des objectifs de santé ministériels nous renforcent dans cette croyance.

<sup>6</sup> Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Standord U. Press.

<sup>7</sup> Op., cit. Dab et Abenheim, 1984.

Il y a une mobilisation du réseau de la santé autour des problèmes des traumatismes. Même si les traumatismes routiers ont ouvert la voie et monopolisé pendant un temps la majeure partie des ressources, ce qui se justifie facilement compte tenu de son importance comparée aux autres catégories de décès liés aux traumatismes et à l'efficacité des interventions disponibles, présentement, le réseau s'intéresse davantage à l'ensemble des traumatismes, qu'ils soient non intentionnels ou intentionnels.

Le comité des DSC de la Montérégie participe à ces transformations et partage ce point de vue d'y voir une préoccupation de santé publique, ce qui ne nous permet pas pour autant de délaisser la catégorie des traumatismes qui induit le bilan de santé populationnel le plus négatif, les traumatismes de la route.

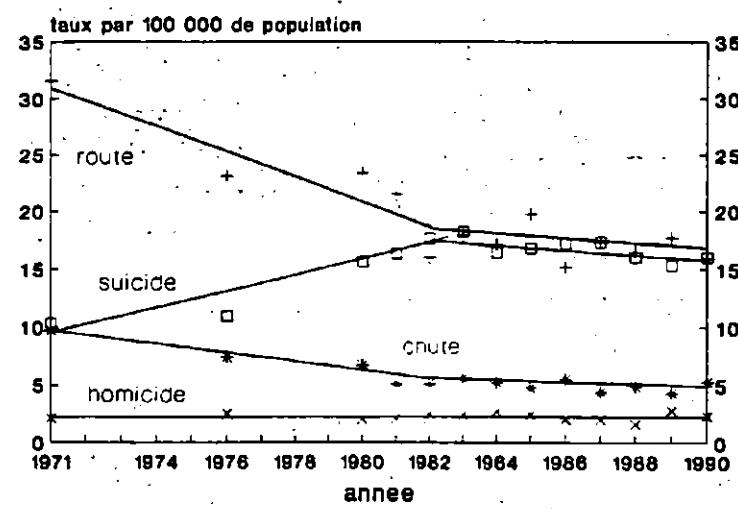
Depuis 1988, le comité a formulé des demandes de subvention afin de mieux comprendre l'ampleur et les facettes multiples d'agents en cause et des groupes à risque pour morbidité grave (hospitalisation) ou décès en Montérégie. Des subventions<sup>(10)</sup> ont été accordées en 1992 et nous travaillons dans ce sens. Lors de notre planification de 1991, nous avons réorienté nos priorités en considérant l'ensemble des traumatismes, et non seulement les traumatismes routiers.

### 3.1.1 Évolution de l'importance des traumatismes

Depuis 1982 environ, nous avons constaté une réduction de 5% à 10% dans les taux des deux principales catégories de décès par traumatisme au Québec, soit les accidents de la route et les suicides. Les changements sont illustrés pour la période 1971 à 1990 dans la figure 2.

Figure 2

#### DECES PAR TRAUMA, QUEBEC, 1971 - 1990 Taux\* par 100.000 selon cause externe



standardisé, pop de 1980 ref.

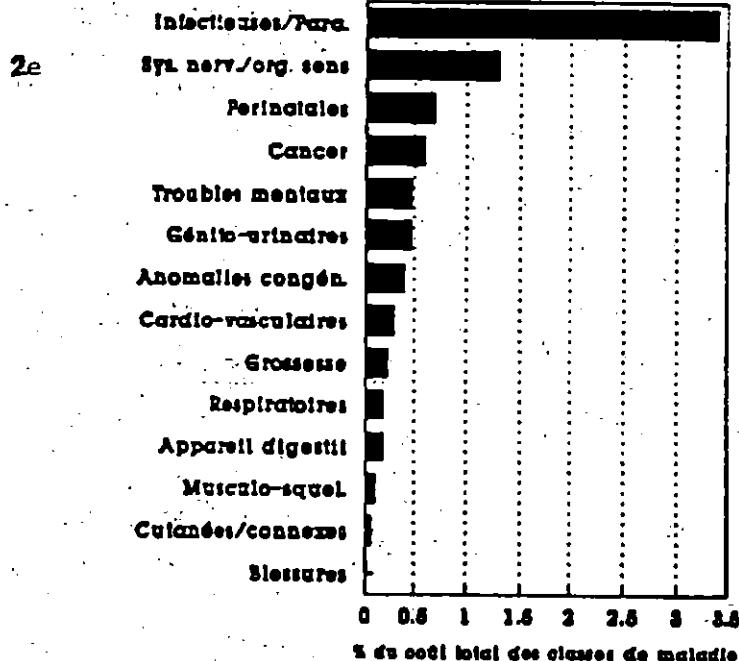
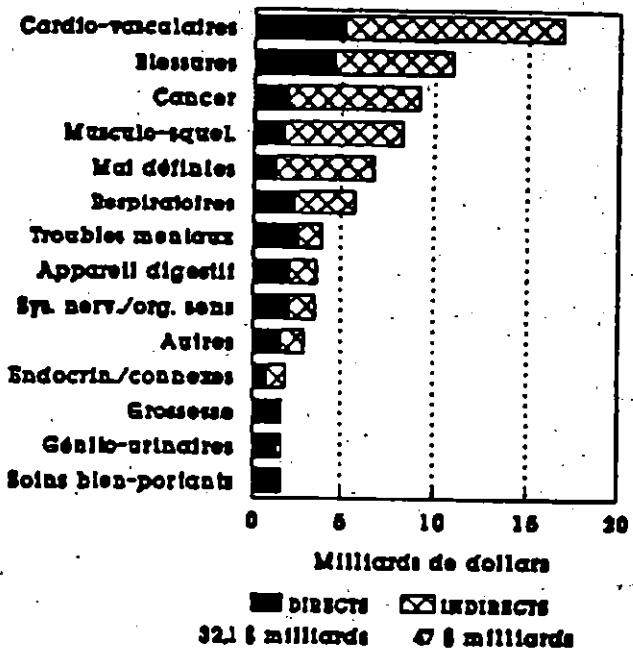
Ces changements sont réels même si nous ne sommes pas en mesure de présenter les modèles complets «capables d'expliquer des facteurs multiples en cause». En ce qui concerne les décès routiers, les changements très marqués pour les années 1991 et 1992 sont expliqués en très grande partie par la crise économique; en effet, s'il y a diminution au niveau de la circulation de véhicules, il y a réduction des décès. Dans le cas des suicides, il n'y a qu'une réduction mineure au cours de la période 1982 à 1990. L'augmentation du nombre de décès par les chutes serait expliquée «uniquement», selon les connaissances actuelles, par le vieillissement de la population.

La figure 3 illustre une comparaison des coûts de la maladie en pourcentage pour certains diagnostics et du pourcentage destiné à la recherche.

Figure 3

coûts/maladie, Canada 1986

% recherche/maladie, Canada 1986



En 1986 au Canada, sur un total de \$32 milliards de coûts directs (soins médicaux, hôpitaux, prestations et recherche), les blessures viennent au 2e rang en importance avec 14.4% des coûts totaux. Cependant, les sommes consacrées à la recherche pour les blessures arrivent au 15e rang des 18 catégories (non illustrées). La recherche totalise \$382 millions en 1986. Les 0.3% de recherche liée aux blessures représentent donc \$300,000. pour l'ensemble du Canada<sup>8</sup>.

Cette non concordance est souvent connue par les chercheurs mais dans quelle mesure est-elle reconnue par les planificateurs?

Ces questions sont soulevées dans les publications concernant la planification sanitaire, et notre réseau n'y échappe pas. L'ASPQ a récemment posé la question pour l'ensemble des activités de santé communautaire du lien entre l'état des connaissances et l'action<sup>9</sup>.

Les thèmes qui intéressent les chercheurs ne sont pas toujours d'actualité. Et cela soulève encore toute la conception du rôle de la santé communautaire comme **agent de changement dans la société** (Dab, Abenhaim, 1984; Rogers, E., 1983).

*Et à cet égard, il faut "prendre en compte les rapports de pouvoir qui caractérisent toute communauté".*

*"Il n'apparaît pas possible de considérer la Santé publique ni comme un champ purement médical - ni comme une affaire d'experts ou de techniciens - Toute intervention de santé communautaire comporte des aspects sociaux au sens large et des aspects techniques".*

*Dab et Abenhaim, (1984).*

Au Québec, récemment, le MSSS a reconnu l'importance des traumatismes et la nécessité d'agir en fixant des objectifs-santé et en les priorisant au même titre que le SIDA et la prévention des maladies cardiovasculaires.

Afin de rétablir une concordance des coûts et des conséquences sur la santé avec les moyens retenus au niveau de la prévention, les priorités d'état peuvent s'appuyer sur ces trois principes:

- la prévention primaire;
- la réduction de la gravité;
- le maintien des soins.

<sup>8</sup> Maladies chroniques au Canada, Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986, vol. 12, no. 3, mai, juin 1991, pp. 19, 28-29..

<sup>9</sup> Op. cit.: Dab & Abenhaim, 1984.

Et faire en sorte que les actions et les dépenses, cohérentes avec les priorités se traduisent au niveau:

- des objectifs;
- des ressources;
- des moyens;
- des résultats.

### 3.1.2 Le rôle de la santé publique: des problèmes aux objectifs de prévention

De "qui", "quoi" et "comment" parle-t-on quand on réfère aux "traumatismes"?

Du "qui": La santé publique demeure une institution charnière entre la connaissance des problèmes de santé et les interventions préventives.

Du "quoi": En termes de traumatismes non intentionnels, nous pouvons les regrouper en quatre champs d'activités traduits en autant d'objectifs.

"D'ici l'an 2002, réduire de 20% la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives"<sup>10</sup>.

Les objectifs-santé du Québec reprennent des nomenclatures déjà comparables à celles retenues ailleurs (E.U.). Et cependant, on doit veiller à ce que des objectifs précis relatifs aux traumatismes non intentionnels soient en lien avec les autres objectifs touchant à l'alcool et les traumatismes intentionnels (suicide, homicide, violence conjugale, etc.).

Du "comment": Nous avons privilégié un type d'approche, de connaissances, d'interventions et de stratégies avec les partenaires qui relèvent:

- d'un processus d'introduction à l'innovation (idée, comportement, technique, etc.);
- d'un rôle d'agent de changement;
- de la crédibilité de la Santé publique comme organisation dans un réseau intersectoriel.

Tout comme l'approche multifactorielle de Haddon nous offrait un cadre pertinent d'analyse et d'action en 1986, nous avons adopté l'approche de diffusion de l'innovation,

5

"La politique de la santé et du bien-être", Québec, MSSS, 1992, p.81.

systématisée par Everett M. Rogers, qui nous offre un cadre théorique comparable à l'approche intuitive que nous avions appliquée jusque-là.

### 3.1.3 L'environnement: un contexte à considérer

Tout bouge et tout change, avec, à côté ou sans nous. Et on appelle parfois cela "évolution".

Parmi les éléments du contexte qui ont changé ou sont à le faire depuis 1986, mentionnons brièvement:

- le code de sécurité routière:
  - . le port de la ceinture arrière obligatoire;
  - . les conditions d'obtention du permis de conduire;
- la loi sur la criminalisation de la conduite avec facultés affaiblies;
- le rapport d'accident des services policiers (modifié en 1988);
- la structure d'organisation du MTQ;
- la nouvelle définition du rôle du Bureau du coroner;
- l'énoncé de politiques et priorités de la SAAQ:
  - . facultés affaiblies, ceinture et vitesse;
  - . le transfert d'argent au MTQ, MSSS;
- la loi 120 sur la réforme de la santé:
  - . objectifs-santé;
  - . régionalisation;
- l'accès restreint aux programmes de subvention du C.S.S.S.M. pour intervention ou promotion;
- la parution du livre "**Pour mieux comprendre les traumatismes au Québec**" (1991) et les profils régionaux, au niveau connaissance (1993);
- le développement d'une expertise chez les professionnels;
- le nombre de personnes-ressources dans le réseau de la santé au Québec affectées à cette problématique.

### 3.2 *La démarche de planification proposée*

La démarche de planification retenue en 1992 est sensiblement la même qu'en 1985, c'est-à-dire que nous avons documenté une liste de problématiques en l'élargissant aux traumatismes en général, sur les critères suivants: l'importance du problème au Québec et en Montérégie, l'efficacité des interventions, le contexte, les pistes d'action en termes de faisabilité et, acceptabilité.

Au préalable, nous avions réalisé un bilan 1986-91, examiné les objectifs de santé régionaux en prévention des traumatismes et l'orientation du comité provincial.

Ainsi, nous avons utilisé une grille de priorisation dont les critères sont définis à l'annexe 1. Le seul changement apporté en 1992 a été d'augmenter la valeur de la pondération attribuée à l'efficacité de l'intervention.

Une pondération est accordée pour chaque critère soit:

<u>Critères</u>	<u>Pondération sur 10</u>
A. Importance du problème	6
B. Interventions efficaces région	2
C. Intervention efficaces coûts/avantages théoriques	8
D. Faisabilité	7
E. Acceptabilité	5

### 3.3 *Les thématiques étudiées et retenues*

Nous avons trié 9 des 15 dossiers en traumatismes de la route et 7 sur 9 en traumatismes en général pour un total 16 problématiques étudiées. Un résumé des éléments retenus après l'étude et la discussion sur chacun des thèmes se trouve à l'annexe 2. Chacun de ces thèmes a fait l'objet d'un document synthèse décrivant sa pertinence et sa faisabilité.

L'exercice de priorisation réalisé par les six (6) membres du comité consiste à attribuer une cotation à chacun des critères pour les seize problématiques retenues. Puis s'ensuit une compilation où l'on applique une pondération globale pour chacun des thèmes. Il s'en est suivi une discussion afin d'obtenir un consensus explicite sur les résultats de la priorisation.

Nous n'avons pas jugé pertinent de joindre ici les grilles de score et les données brutes de la méthode appliquée puisque le résultat global tient du consensus final.

Comme en 1985, en tenant compte de notre capacité de traiter d'un certain nombre de problématiques avec les ressources disponibles, nous avons retenu les dix (10) premiers thèmes. Une fiche de projet pour chaque thème est alors élaborée et lors d'une réunion subséquente, nous avons priorisé une orientation, des objectifs et des pistes d'action, ce qui constitue le plan d'action proposé pour 1991-1993.

La liste des thèmes priorisés avec l'information disponible est la suivante:

<u>Thèmes</u>	<u>Valeur de pondération globale</u>
1. Post-impact	1 274
2. Sites dangereux	1 207
3. Traumas agricoles	1 117
4. Cyclistes	1 070
5. Noyades	1 047
6. Alcool	981
7. Intoxication	908
8. Traumas reliés au travail	890
9. Coussin gonflable	829
10. Chutes	821
11. Suicide	810
12. Jeunes conducteurs	807
13. Accidents récréatifs	794
14. Vitesse	708
15. Transport Mat.danger	623
16. Téléphone cellulaire	598

### **3.4 Proposition pour un programme de prévention des traumatismes (1992-1995)**

L'orientation majeure tient à l'ouverture du comité aux traumatismes en général. Nous conservons un suivi et du développement au niveau des traumatismes de la route en particulier.

L'approche épidémiologique et multifactorielle adoptée à l'origine demeure la même.

Le premier constat dans cette perspective élargie des traumatismes vise un besoin de connaissance régionale et la nécessité de réaliser un portrait régional des traumatismes en Montérégie afin de documenter une programmation pertinente en termes de priorité. Un tel bilan statistique a été réalisé<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Profil des traumatismes au Québec: disparités régionales et tendances de la mortalité (76 à 90) et des hospitalisations (81 à 91), MSSS, 1993, 493 p.

Si nous en faisons une condition importante de la qualité de nos travaux ultérieurs, cela ne nous laisse pas à court de pistes d'action pour les années à venir, à court terme, soit en 1993.

L'ordre des priorités devra tenir compte du contexte, entre autres de l'obtention de subvention, et des autres ressources disponibles pour les administrations dont nous relevons.

Les deux premiers dossiers priorisés constituent pour les sites dangereux un suivi et un dossier de surveillance, puis d'action en concertation avec les partenaires régionaux. Pour le post-impact, nous en sommes à la concertation avec les partenaires régionaux mais il y a encore place à la recherche pour approfondir les connaissances. Ces deux thèmes traités en Montérégie ont eu un impact dépassant largement notre région et nous devons assurer le suivi pour s'assurer que l'approche que nous préconisons s'enracine dans les organismes et les méthodes retenues<sup>12</sup>.

Les traumatismes agricoles ont suscité un certain intérêt quant à la pertinence régionale mais il est traité plus localement à Honoré-Mercier.

Le dossier cycliste demeure une préoccupation dans la continuité du programme "Mon vélo-casque, c'est sauté", ce programme de 4 ans (1990-1993) arrivant à sa fin avec l'évaluation finale prévue pour l'automne 1993. Ce dossier a déjà fait l'objet de plusieurs publications et est unique au Québec. Il a eu également une reconnaissance internationale et l'octroi du prix d'excellence du concours de l'Éducation à la santé de la francophonie. Le suivi après la finalisation du projet de quatre ans reste à définir.

Les thèmes suivants feront l'objet de développement soit en termes de connaissance, soit d'intervention, entre autres noyades, intoxication, chutes et alcool.

En ce qui concerne l'alcool, le DSC Valleyfield a réalisé une recherche évaluative sur les conditions d'implantation du programme P.E.R.M.I.S. concernant la conduite avec facultés affaiblies. Une réflexion est présentement amorcée pour voir à la généralisation de ce type de programme avec la SAAQ.

Enfin les traumatismes reliés au travail et le coussin gonflable restent à définir en 1993, faute de ressources actuelles et aussi parce que des changements dans le contexte de la programmation à la CSST pourraient influencer la pertinence que le comité s'y penche spécifiquement. Un membre du comité régional a assumé la co-présidence d'une conférence internationale (octobre 1992) organisée par l'Association canadienne des professionnels en sécurité routière dont le thème est "La ceinture de sécurité et le coussin gonflable: évaluation et implications pour les politiques publiques" et Transport Canada, la SAAQ et l'OMS participent à son organisation.

<sup>12</sup> Sergerie, D., "Municipalités" et MTQ, Direction régionale de la Montérégie, sécurité routière, "Protocole et technique pour l'analyse des zones à risque", 1992.

Le tableau 3 résume le plan d'action avec les titres de projet, les ressources requises, le responsable et les principaux collaborateurs mais on retrouve le plan d'action détaillé à l'annexe 3. Les fiches de projet qui détaillent chacun des projets sont à l'annexe 4.

Tableau 3: Synthèse du plan d'action 1992-1995 des projets de prévention des traumatismes en Montérégie.

Projets	Objectifs	Activités principales	Responsable & co-responsable	Collaborateurs
1. Post-impact	Mettre en place un système intégré des services d'urgence incluant les soins hospitaliers	Continuité des activités amorcées vs recommandations 1989 et 1991 Réalisation d'une étude sur la qualité de soins Diffusion des résultats et recommandations	B. Brown (R) D. Lefrançois	Santé publique, coroner, CRSSSM, ambulanciers, hôpitaux, FRSQ
2. Sites dangereux	Améliorer la sécurité routière par la correction des sites dangereux prioritaires Impliquer les autres instances dans le processus de surveillance de correction des endroits dangereux et évaluation des mesures	Suivi des sites prioritaires Demande de subvention pour faire des exercices d'identification et de priorisation des sites	B. Brown (R) D. Sergerie	Table montréalienne de coordination d'interventions en sécurité routière (Santé publique, SAAQ, SQ, MAM) CRT (Univ. de Mtl)
3. Promotion du vélo-casque chez les 5 à 14 ans	Atteindre 20% de taux de port en 1993	Développement d'outils Mise en plan des activités de la 4e année d'implantation Evaluation du processus Etude d'observation Diffusion des résultats et recommandations	C. Farley (R) G. Quesnel	Santé publique en Montérégie, Table montréalienne SAAQ, communauté, écoles, RSSQ
4. Noyade	Etablir le portrait des noyades en Montérégie Dresser un plan d'action	Analyses des données de morbidité et de mortalité Portrait régional sur la réglementation	G. Quesnel (R) D. Sergerie	RSSQ, émetteurs de permis de pêche, coroner
5. Alcool/traumatismes	Réduire la conduite avec facultés & alcool Intégrer dans toutes les catégories de traumatismes un volet de prévention du facteur "alcool"	Identification de mesures efficaces Proposition d'un plan d'action	G. Quesnel (R) B. Brown	Table montréalienne de coord. des interv. en séc. routière, établissements licenciés, co. taxi, Régie de permis & alcool, comité provincial
6. Intoxications	Réduire la morbidité et le nombre de décès Augmenter le recours au CAP et autres sources d'expertise	Réalisation d'une étude (patients admis CH-HR) Révision de littérature et grille de données Rapport et recommandations	D. Lefrançois	Santé publique Montérégie Urgence CH-HR
7. Traumatismes reliés au travail	Etablir le portrait régional afin de planifier des priorités d'action (dossier en attente: réorganisation de la santé au travail)	Etablir un mode de collaboration avec CSST Déterminer un plan de travail: connaissance, identification des problèmes, action Comité de santé publique	Comité de santé publique Montérégie	CSST IRSST
8. Coussin gonflable	Augmenter la protection passive des utilisateurs de véhicules automobiles	Concertation Actions de lobbying Information au grand public	C. Farley	Comité provincial, Ass. canadienne des professionnels en séc. routière, concessionnaire d'automobiles
9. Chutes à domicile (personnes âgées)	Etablir le portrait régional Développer des interventions efficaces	Analyses des résultats de projets tenus au MGH et CLSC Portrait régional Planification d'action	A. Lebeau	Santé publique MGH CLSC La Pommerele
10. Connaissance/surveillance:				
10.1 Étude descriptive des traumatismes	Connaitre le portrait régional en Montérégie Déterminer les pistes d'action spécifiques	Demande de subvention	B. Brown	

Tableau 3: Synthèse du plan d'action 1992-1995 des projets de prévention des traumatismes en Montérégie (suite ...).

Projets	Objectifs	Activités principales	Responsable & co-responsable	Collaborateurs
10.2 Gestion des fichiers de la SAAQ (surveillance)	Etablir un suivi méthodologique et une surveillance des "sites dangereux" Déceler les nouvelles problématiques	Traitements & portrait Intégrer des données pour mise à jour du plan d'action en sept. 1993	D. Sergerie (R) Y. Sauvageau	Comité provincial con./survi- groupe accès
10.3 Etat de la situation sur le port de la ceinture des occupants sur la banquette arrière	Etablir un portrait des traumatismes passagers arrières & taux de port Développer un programme de promotion spécifique	Demande de subvention Analyse des données Réécriture d'un projet	C. Farley	Table montérégienne de coord. des interv. en sécurité routière
11. Formation- colloques:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ prévention des traumatismes (MSSS);</li> <li>■ médecine sociale &amp; préventive (Univ. de Mt) 1989-93;</li> <li>■ Promotion de la santé - 2e cycle</li> <li>■ Evaluation des interventions (Univ. de Mt) 1988-93;</li> <li>■ formation des investigateurs de la Sureté du Québec;</li> <li>■ colloque montréalien prév. de la criminalité (violence, toxicologie) 1992;</li> <li>■ AQTR 1987-93.</li> </ul>		Tous	
12. Projets sous régionaux:				
12.1 Traumatismes agricoles	Etablir un portrait des noyades en Montérégie Dresser un plan d'action	Collecte & analyse des données Rapport & recommandations	M. Jenicek CHHM	U.P.A., CH, cliniques privées
12.2 Le rôle de prévention des coroners vs les recommandations	Etablir un portrait de l'utilisation de l'art. 3 Connaître l'application des recommandations	Recherche & rapport	D. Sergerie CHHM	Bureau du coroner
12.3 Le programme PERMIS	Mobiliser le personnel des établissements licenciés pour réduire le CFA	Recherche évaluative Diffusion des résultats Planification d'une stratégie d'implantation en Montérégie	G. Quesnel (R) Line Forcier-Vall.	SAAQ, établissement de débits d'alcool

### 3.5 Fonctionnement: prévisions 1992-1995.

#### Une masse critique

Une équipe pluridisciplinaire composée de cinq ou six professionnels constitue la **masse critique** du comité régional depuis 1985.

Ce fonctionnement s'est révélé des plus rentables au fil des ans et des dossiers ainsi réalisés. On ne saurait imaginer un programme de cette envergure rencontrer tous ses objectifs, même les plus téméraires, sans cette masse critique.

Quelle est-elle au juste cette masse critique? Davantage qu'une simple juxtaposition de personnes consacrant de 2 à 5 jours/semaine à connaître, à créer des programmes d'intervention, à en guider l'implantation, à les évaluer, à réaliser la surveillance et à diffuser les résultats, avec la préoccupation de la concertation locale, régionale et provinciale.

C'est aussi le développement d'une expertise de contenu technique et politique que ces ressources, agissant localement, n'auraient pu atteindre.

Sur un autre plan, administratif celui-là, le comité a pu jusqu'ici se développer, assurant une partie des projets à l'aide de subventions, commandites et budgets internes. Ce contexte est essoufflant mais il n'y paraît pas trop à regarder notre planification 1992-1995. Bien sûr, l'engagement de chaque DSC n'ayant pas été constant, c'est ce qui gruge le plus d'énergie en termes d'ajustement mais là gestion par projets a permis d'atténuer ces effets.

Il faut également mentionner l'apport de personnes ressources qui ont gravité dans les divers projets à des moments différents, et ont contribué tant au niveau de la recherche que de la promotion, ce qui porte la masse critique à un peu plus de quatre(4) personnes équivalents temps plein (ETP), avec des variantes dans le temps et les sous-régions.

Donc nous proposons le maintien d'une équipe multidisciplinaire complète en traumatismes qui intègre les liens de la planification, de la programmation entre les détenants du contenu et les fonctions de support, les liens entre l'intervention et l'évaluation qui réalisent un mélange savant de contenu, de connaissance des milieux et de méthodologie.

Nous tenons cependant à souligner le besoin encore urgent de supporter le développement de ressources compétentes dans ce champ de la santé publique qui occupe le deuxième rang des coûts sociaux et de santé parmi les principales catégories de la maladie.

Le comité croit fermement qu'une "équipe" traumatismes doit voir à l'ensemble des étapes du travail de priorisation, planification, programmation, intervention, et évaluation où chacun apporte, à tour de rôle selon les problématiques, leur vision globale, leur

expertise, méthodologie, communication et contribuent aux différentes fonctions de recherche, stratégie d'intervention, promotion, etc. En effet, les détenants du "contenu" d'une problématique sont les mieux avisés pour déterminer les stratégies par milieux et réaliser les contacts adéquats, ce qui s'inscrit dans la continuité de leur expertise présente ou éventuelle.

Mode de gestion par projet

Notre mode de gestion par projet avec un répondant responsable au niveau régional et un co-répondant stimule et reflète l'intérêt et la disponibilité à la fois des membres et de leur unité administrative. Dans la nouvelle organisation, il assure une juste distribution des ressources sur l'ensemble du territoire de la Montérégie.

Même l'établissement d'une direction régionale de la Santé publique en Montérégie dès le printemps 1993, entraînant des modifications structurelles ne devrait pas redéfinir l'esprit de ce fonctionnement. Le sens de ces changements, à notre avis, doit se poursuivre dans la même direction que le travail du comité depuis sa création en 1985. Ce qui correspond d'ailleurs aux recommandations du programme de santé publique au chapitre de la sécurité où on définit une équipe minimale régionale de quatre personnes, largement inspiré du modèle de la Montérégie.

Ce fonctionnement permet aux personnes de continuer à développer une expertise spécifique dans l'un ou plusieurs champs des traumatismes et ainsi de contribuer à élargir nos possibilités et à répondre à l'ensemble du mandat régional de prévention des traumatismes et aux objectifs de santé.

Ce partage de l'expertise entre plusieurs personnes a montré de nombreux avantages pour la Montérégie. Ainsi, nous pouvons refléter diverses facettes de nos connaissances sans que cela ne revienne toujours aux mêmes individus, ceux-ci démontrant des affinités avec la problématique adoptée. Différents porte-parole qui s'adressent à des réseaux intersectoriels correspondant augmentent la crédibilité et la visibilité de l'organisation puisque nul ne saurait être expert en tout.

L'une des résultantes de cette pratique s'est traduite par la présence de plusieurs ressources du groupe Montérégien à différents comités provinciaux ou régionaux (table de sécurité routière, comité provincial de connaissance- accès aux données-, comité provincial sur le vélo-casque, comité provincial sur les sites dangereux, etc.), endroits stratégiques pour influencer les objectifs de santé du Québec, promouvoir la généralisation d'un programme ou d'une approche.

Proximité de la population: approche territoriale

Certaines notions gagnent à être définies et examinées à l'égard des pratiques. Notamment la notion de proximité du terrain qui serait mieux nommée par proximité de l'action et traduit ainsi la possibilité de créer ou conserver des liens avec les autres organismes (tant au niveau de la planification que de l'intervention) dans le but de

permettre l'application des programmes et projets conçus par la santé publique ou en collaboration avec les partenaires concernés.

L'expérience démontre que l'on consacre environ 80% de notre temps à connaître, développer des contenus, des outils, des stratégies, planifier, rédiger, réunir les éléments à promouvoir, évaluer, et 20% à solliciter, former et supporter les collaborateurs (ceux qui concrétisent l'action, le programme) tel qu'ilustré à la figure 4.

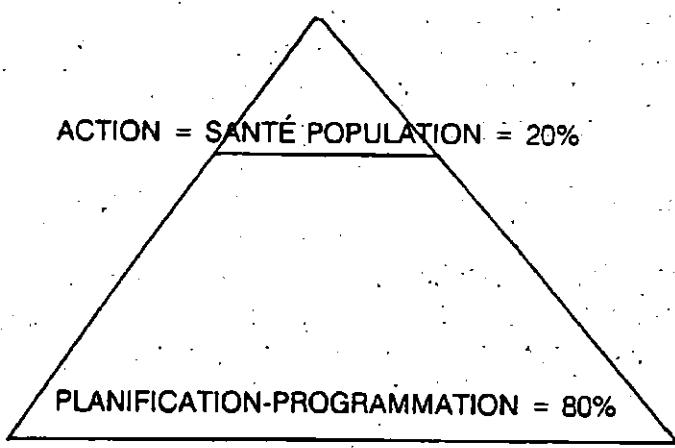
Ce 20% est le plus important parce qu'il correspond au sommet de la pyramide c'est-à-dire ce qui, une fois réalisé, aura ou non des effets sur la santé de la population. Mais ce qui permet à ce 20% d'être efficace c'est le 80% de la base de la pyramide qui le supporte. Aussi l'organisation du travail doit-elle créer les conditions qui favorisent le continuum et le mouvement incessant de rétroaction entre ces deux champs.

Au niveau du fonctionnement du comité régional des traumatismes, des répondants sous-régionaux ont été identifiés comme responsables de l'application des programmes dans leur territoire respectif. L'avantage de partager les mêmes tâches auprès des intervenants locaux nous a permis de mieux supporter ceux-ci et de répartir cette partie de l'action de façon équitable.

Dans la nouvelle organisation de la santé publique, le comité propose de conserver cette responsabilité partagée par sous-région même si, pour ce faire, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire que nos lieux de travail se situent dans les secteurs eux-mêmes.

Figure 4

**Répartition du temps de travail  
programmation et fonctions d'action**



Concertation et travail de réseau: l'intersectoriel

La volonté de nos partenaires régionaux (SAAQ, MTQ, MAM, SQ, municipalités) de collaborer au niveau de la planification régionale dans le domaine de la sécurité routière

en particulier est clairement exprimée dans le "Rapport final: projet pilote sur la correction des sites dangereux du réseau routier", (juin 1992).

Le document préliminaire (déposé aux directeurs des quatre DSC au printemps 1992) propose la formation d'une table montérégienne de coordination des interventions en sécurité routière. Les modalités de la participation du réseau montérégien de la Santé publique d'y participer restent à définir avec le nouveau directeur de la Santé publique; toutefois, le travail se fait présentement par les cinq unités administratives impliquées afin de développer des interventions en collaboration. Cette table inclut la participation d'un membre délégué du Comité régional de prévention des traumatismes des DSC de la Montérégie.

Un plan d'action, proposé par la table de concertation, ne suscite pas de nouvelles implications de notre part étant donné que les projets reprennent essentiellement les éléments qui font déjà partie de notre planification.

Cependant, il peut en être autrement au fur et à mesure que des réseaux reliés aux autres types de traumatismes, tels ceux associés aux sports, au travail, aux chutes, nous interpellent pour une concertation du même genre ou plus ponctuelle. Déjà au chapitre des noyades, notre analyse nous amène à vouloir s'associer à la Régie de la sécurité dans les sports pour l'implantation d'une réglementation municipale relative aux piscines privées. La Régie (RSSQ) a déjà défini une proposition de réglementation. L'expérience du comité régional pour l'implantation de programmes en fait un lieu privilégié pour y développer un projet pilote susceptible d'être évalué et généralisé par la suite.

A cet égard, ces liens auront certainement une influence sur une planification future mais le comité devra aussi rester vigilant quant aux préoccupations prioritaires de la santé publique et aux ressources relativement limitées de la Montérégie. Ainsi notre présence intersectorielle devra s'inscrire dans un équilibre de réponse aux sollicitations externes et l'opportunité de concrétiser des objectifs précis de la région en traumatismes selon une base populationnelle, et ce de concert avec ceux qui détiennent une partie des responsabilités et des connaissances.

#### Une région, l'expertise, un réseau!

Où se situe la Montérégie, une région parmi d'autres ayant oeuvré dans le domaine de la prévention des traumatismes? Cette question est pertinente à l'heure des choix qui se posent même si la question est biaisée. Nous préférons poser la question comme suit: quelle peut être la contribution de la Montérégie dans une expertise québécoise de la santé publique en prévention des traumatismes?

Un examen des forces et faiblesses des régions nous permet de constater que cinq ou six régions ont aussi développé des compétences spécifiques et contribuent à la place faite aux traumatismes au Québec depuis cinq ans. Aussi le comité a-t-il toujours supporté l'idée d'un réseau tout comme le comité provincial sur la prévention des

traumatismes qui indiquait, dans un document de travail datant de juin 1991<sup>13</sup>, que la mission prioritaire du réseau québécois d'expertise sur les traumatismes est la prévention. Le comité ajoute que " pour les fins de sa mission , le réseau regroupe les expertises scientifiques, techniques et de terrain et...favorise la concertation sectorielle et intersectorielle et encourage l'intégration horizontale et verticale des activités de promotion et de prévention dans le domaine des traumatismes". Et à la page 9, on y indique que " le personnel de coordination ne peut supporter un tel réseau. Il est essentiel... que les différents partenaires impliqués endossent la priorité du réseau d'expertise sur les traumatismes et contribuent aux ressources financières et humaines<sup>14</sup>".

Notre propre bilan nous fait nous représenter comme la seule région ayant développé et intégré dans nos orientations, un mode de planification qui reflète une approche de concertation et tous les autres principes mis de l'avant tant dans la programmation, dans les stratégies d'implantation et d'évaluation et cela à un niveau régional depuis 1985. C'est aussi la seule région à avoir consacré une masse critique de ressources constante et développé l'intégration au niveau intersectoriel<sup>15</sup>.

Le Comité régional désire être impliqué dans un centre ou un réseau québécois d'expertise dont les axes fondamentaux seront:

- appui aux objectifs de santé;
- programmation au poste de commande;
- valorisation des interventions efficaces, en fonction des inégalités sociales;
- soumission de la recherche aux objectifs de la programmation intégré au volet d'évaluation des interventions.

Et, fondamentalement nous restons préoccupés par le rôle régional dévolu à la santé publique dans la perspective d'une conception centralisatrice de l'expertise, toute aléatoire, dans une aire comme le Québec. Cette non prise en compte de la réalité québécoise correspondrait à faire fi d'une richesse existante et en bout de ligne priverait la population de résultats que les caractéristiques d'un tel réseau ont permis de bien servir jusqu'à présent.

Notre contribution ne peut se faire pleinement que dans une reconnaissance équivalente intégrale des compétences et des ressources investies depuis sept ans.

<sup>13</sup> Comité provincial sur la prévention des traumatismes. Pour un réseau québécois d'expertise sur les traumatismes.- Document de travail - 17 juin 1991. 9 p.

<sup>14</sup> Ibid. p.9

<sup>15</sup> Comité Montérégien de prévention des traumatismes en santé publique, Contribution montérégienne à un centre d'expertise ou à un réseau québécois d'expertise en prévention des traumatismes, document de travail no.2, déposé de 9 juin 1993. 6 p.

## BIBLIOGRAPHIE

### PLANIFICATION, CONNAISSANCE, SURVEILLANCE

1. Comité régional de la sécurité routière en Montérégie, "Problématique des traumatismes de la route en Montérégie et axes d'interventions", 1986, vol. II, 164p.
2. Comité régional de la sécurité routière en Montérégie, "Problématique des traumatismes de la route en Montérégie", vol. I et annexes statistiques, 1986, vol. III, 299 p.
3. Sergerie, D., "Sécurité routière, un virage nécessaire" in Santé & soicété, automne 1986, vol. 8, no. 4, pp. 25-27.
4. Dussault, C., "Montérégie, PRIME-SR, le projet régional d'interventions multiples en sécurité routière" in Santé & société, automne 1986, vol. 8, no. 4, pp. 35-37.
5. Comité régional de la sécurité routière des DSC de la Montérégie, "J'embarque pour la vie, la matrice de Haddon: un cadre pour choisir, un cadre pour agir", 1988, 15 p.
6. Quesnel, G. & Comité régional en prévention des traumas, "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - orientations, objectif 3: réduire de 35% la mortalité due aux traumatismes routiers d'ici l'an 2.000 en Montérégie", 1990.
7. Sergerie, D. & Chéné, B., "Préliminaires pour un système de surveillance des traumatismes de la route - fichiers SAAQ", Accès aux données du Comité de connaissance et surveillance provincial, 1989, 10 p. + annexes.
8. Quesnel, G. & al., "Orientations: réduire de 35% la mortalité due aux traumatismes routiers d'ici l'an 2.000 en Montérégie", 1990, DSC CH de Valleyfield, 17 p. + annexes.
9. Brown, B., "The use of data collection and analysis for local and regional trauma prevention programs", Proceedings of the National Conference on Childhood Injury Prevention, Canadian Institute of Child Health, 1992, Ottawa, 11p.
10. Brown, B., Poirier, L.R., Sauvageau, Y. & Boivin, J.F., "Etude descriptive des traumatismes graves survenus sur le territoire de la Montérégie en 1990-1991", demande de subvention acceptée par le CSSSM dans le cadre du programme de subvention pour les projets d'interventions, d'études et d'analyse en santé communautaire., 1992, 18 p.

11. Farley, C., "Orientations du DSC Charles-LeMoyne pour les 5 à 14 ans", programme des traumatismes routiers, avril 1988.

### **DOSSIER ALCOOL**

12. Comité régional sécurité routière des DSC de la Montérégie, "Alcool - Noël - taxi dans les entreprises et taxi - deux - chauffeurs", Novembre 1985.
13. Sergerie, D., "Evaluation du volet alcool 1986 de Prime-SR en Montérégie", 19 p. + annexes, Mars 1986.
14. Forcier, L. & Quesnel, G., "Evaluation du processus d'implantation du séminaire de formation "Permis" offert aux propriétaires et serveurs des établissements licenciés des régions de Valleyfield et Beauharnois", DSC du CH de Valleyfield, janvier 1993, 151 p.
15. Quesnel, G., Forcier, L., Beaudry, J., "Mobilisation du personnel de bars dans la lutte contre l'alcool au volant: évaluation d'un programme novateur P.E.R.M.I.S.", exposé des communications, 28e Congrès annuel de l'AQTR, vol. 1: 466-481, 1993.

### **DOSSIER CEINTURE DE SÉCURITÉ/COUSSIN GONFLABLE**

16. Quesnel, G. & Leduc, F., "Programme de promotion de l'utilisation de dispositif de retenue pour enfants âgés de 0-5 ans", DSC-CHV, 1983.
17. Quesnel, G., "Document de formation sur les dispositifs de retenue pour les enfants âgés de 0-5 ans", 1984.
18. Comité régional de la sécurité routière en Montérégie, "Le PAS multiple - un programme d'application sélectif sur le port de la ceinture de sécurité impliquant de multiples intervenants", Juin 1986, 45 p.
19. Sergerie, D., "Evaluation de la campagne passager et automobiliste, on s'attache dans le cadre d'un PAS sur la ceinture de sécurité en Montérégie", Comité régional de la sécurité routière des DSC de la Montérégie, 1986, 39 p. + annexes.
20. Sergerie, D. "Objectif - ceinture", Actes du colloque sur la sécurité dans les transports, AQTR, Octobre 1987, 20 p.
21. Quesnel, G., "Projet d'intervention communautaire sur les sites dangereux du réseau routier", 1987.

22. Farley, C., Brown, B., "Etude d'observation de l'utilisation de la ceinture de sécurité chez les passagers arrières, projet soumis au CSSSM 1990, 14 p. + annexes.
23. Brown, B., Co-présidence du Comité organisateur de la conférence internationale, "Coussin gonflable et ceinture de sécurité: évaluation et implications pour les politiques publiques", organisé pour l'Association canadienne des professionnels en sécurité routière, 1992.

## **DOSSIER SITES DANGEREUX**

24. Sergerie, D. & Lavoie, F., "Bilan de l'enquête sur l'identification des sites dangereux auprès des intervenants municipaux en Montérégie", Comité régional de sécurité routière des DSC de la Montérégie, 1987, 12 p. + annexes.
25. Quesnel, G., "Identification et priorisation des sites dangereux du réseau routier", Projet pilote communautaire, MRC Vaudreuil-Soulanges, 1988.
26. Quesnel, G., "Synthèse de la démarche d'identification et de priorisation des sites dangereux du réseau routier", MRC Vaudreuil-Soulanges, Comité régional en prévention des traumas, 1988.
27. Comité régional de sécurité routière des DSC de la Montérégie, "Projet d'identification et de priorisation des sites dangereux du réseau routier numéroté en Montérégie 1984-1987", Méthodologie et synthèse, Novembre 1989, vol. 1, 115p.
28. Sergerie, D. & Forgues, M., "Etude de localisation et de priorisation des sites dangereux sur les routes du territoire 1984-1987", DSC Honoré-Mercier, Novembre 1989, vol. 2, 250 p.
29. Lebeau, A. & Forgues, M., "Etude de localisation et de priorisation des sites dangereux sur les routes du territoire 1984-1987", Novembre 1989, DSC Haut-Richelieu, Vol. 3, 265 p.
30. Brown, B. Farley, C. & Forgues, M., "Etude de localisation et de priorisation des sites dangereux sur les routes du territoire 1984-1987", Novembre 1989, DSC Charles-LeMoyne, Vol. 4, 185 p.
31. Quesnel, G., "Etude de localisation et de priorisation des sites dangereux sur les routes du territoire 1984-1987", Novembre 1989, DSC Valleyfield, vol. 5, 228 p.
32. Brown, B., Présidence comité organisateur des colloque: (1) AQTR, "La sécurité routière: une responsabilité partagée", (3e volet sur sites dangereux), 1987; (2) "Une journée complète sur les sites dangereux lors du congrès annuel", 1989.

33. Sergerie, D. & Brown, B., "Synthèse de la démarche d'identification et de priorisation des sites dangereux sur les routes numérotées en Montérégie", Canadian Multidisciplinary Road Safety Conference VI, Proceedings, 1989, 324 p.
34. Quesnel, G. & Brisebois, L.M., "Rapport-synthèse de l'étude du site dangereux: VA - 20-23", 1991, 9 p. + annexes.
35. Quesnel, G. & Gravel, L., "Rapport-synthèse de l'étude du site dangereux: VA-201-13", 1991, 16 p. + annexes.
36. Lebeau, A. & Farley, C., "Rapport d'évaluation du projet pilote sur les sites routiers potentiellement dangereux en Montérégie", DSC du Haut-Richelieu et de Charles-LeMoine, 1991.
37. Lefrançois, D. & coll., "Projet sites dangereux en Montérégie: HR-104-08", 1991, 26 p. + annexes.
38. Lebeau, A. & coll., "Etude d'un site potentiellement dangereux", "Echangeur route 104 et autoroute 35", 1991, 21 p. + annexes.
39. Table de travail sur le site: CL-104-8, "Rapport final: Etude d'un site dangereux, route 104 (chemin St-Jean) entre la route 217 et la limite avec la ville de St-Luc", 1991, 34 p. + annexes.
40. Groupe de travail, "Rapport sites dangereux. Intersection des rues Mance, St-Georges et boul. Taschereau", 1991, 19 p. + annexes.
41. Sergerie, D. & Pronovost, R., "Rapport final de l'étude du site dangereux HM-116-16", 1991, 33 p. + annexes.
42. Sergerie, D., "Des points noirs à la sécurité, un grand pas vers la santé" in Municipalité, juillet - août 1992, pp. 26-27.
43. Boutin, N. & Sergerie, D., "Rapport-synthèse de l'étude du site dangereux HM-132-18", 1991, 13 p. + annexes.
44. Brown, B., "Les infrastructures routières et la sécurité: au-delà des bonnes intentions. Routes transports", 1991, 21, 4-5 (éditorial).
45. Table d'orientation sur les sites dangereux en Montérégie, "Rapport final sur le projet pilote sur la correction des sites dangereux du réseau routier en Montérégie", 1992, 46 p. + annexes.
46. Brown, B., Farley, C. & Forgues, M., "Identification of dangerous Highway Locations: Results of a community Health Department Study in Quebec", National Research Council, U.S., Transportation Research Record (sous presse) 1992.

47. Quesnel, G., "Rapport-synthèse de l'étude du boul. Léry/route 132/Léry", 1992.
48. Brown, B., Poirier, L.R., "Etude des accidents de véhicules moteurs sur les ponts reliant Montréal à la rive sud du fleuve St-Laurent (1978-1991): évaluation de l'impact des mesures correctives apportées aux points Champlain et Jacques Cartier", Soumis au Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 27 p., 1993.
49. Brown, B. & Poirier, L.R., "Death and serious injuries related to motor vehicle crashes on bridges between St.Lawrence river for the period 1978 to 1991: evaluation of the impact of corrective measures made on the Jacques Cartier bridge", dans proceedings of the canadian multidisciplinary road safety conference VIII, 14 p., 1993 (à paraître).
50. Brown, B.P. & Poirier, L.R., "Did the corrections help? 5 years follow-up of motor vehicle related deaths and serious injuries on a bridge between Montreal and the south shore", Québec, Canada, présentation à "The Second World Conference on Injury Control, May 20-23, 1993, Atlanta, Georgia.

#### **DOSSIER POST-IMPACT**

51. Brown, B. & Sergerie, D., "Etude exploratoire sur l'application régionale d'un système de soins d'urgence pour traumatismes et autres urgences dans la région 06-C selon le modèle de Boyd", 1987-1988, demandes de subvention.
52. Poirier, L.R. & Brown, B., "Etude exploratoire sur l'implantation régionale d'un système de soins d'urgence intégrés selon le modèle de Boyd en Montérégie", 1989, vol. I, 114 p., vol. II, annexes, 178 p.
53. Poirier, L.R. & Brown, B., "Analyse des besoins en services médicaux d'urgence des victimes de traumatismes survenus en Montérégie, routes et transports", 1990.
54. Fédération des médecins omnipraticiens, section Rive-Sud, "Présentation sur l'organisation et l'évaluation de la qualité des soins offerts aux victimes de traumatismes en Montérégie", février 1990, 20 p. (acétates).
55. Poirier, L.R. & Brown, B., "Evaluation de la qualité des soins offerts aux victimes de traumatismes crâniens en Montérégie", 1991, DSC Charles-LeMoine, 93 p.
56. Poirier, L.R. & Brown, B., "Evaluation de la qualité des soins offerts aux victimes de traumatismes crâniens en Montérégie". VIIe conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière, 1991, 10 p.
57. Poirier, L.R., Brown, B.P., Boivin, J.F., "The evaluation of trauma care in the Montréal area of Quebec, Canada", présentation à "The Second World Conference on Injury Control, may 20-23, 1993, Atlanta, Georgia.

58. Poirier, L.R. & Brown, B., "L'efficacité du système de soins et services d'urgence aux traumatisés: quoi, comment et pourquoi la mesurer", exposé des communications, 28e Congrès annuel de l'AQTR, vol. 1: p. 484-494, 1993.

### **DOSSIER BICYCLETTE**

59. Farley, C. & Brown, B., "Programme de promotion du port du casque protecteur chez les jeunes cyclistes", 1988, 28 p.
60. Farley, C. & Brown, B., "La pertinence du port du casque protecteur pour cyclistes chez les jeunes de 8 à 12 ans", 1989, Compte rendu de la VIe conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière, 66-78.
61. Lesage, D., "Recherche sur les facteurs expliquant l'intention des jeunes du second cycle du primaire de porter un casque protecteur à bicyclette et expliquant l'intention des parents de leur en acheter un", 1989, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 300 p.
62. Brown, B. & Farley, C., "The Pertinence of Promoting the Use of Ficycle Helmets for 8 to 12 years Old Children", Chronic Diseases in Canada, 1989, 10, 92-94.
63. Farley, C., "Programme de promotion pour favoriser l'utilisation du casque protecteur chez les jeunes cyclistes de la Montérégie", Exposé des communications, 25e Congrès annuel de l'AQTR, 1990, pp. 518-529.
64. Farley, C. & Quesnel, G., "Le casque protecteur à bicyclette: Evaluation après deux ans de promotion en Montérégie", Exposé des communications, 26e Congrès annuel de l'AQTR, 1991, pp. 308-329.
65. Benoit, M., "Développement d'instruments de mesure pour évaluer le programme de promotion du casque ...", Cyclistes de la Montérégie, 1991, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, pp. 1-69.
66. Farley, C., Quesnel, G. & Brown, B., "Mon vélo-casque encore plus sauté: bilan de deux années de promotion en Montérégie", Exposé des communications, 27e Congrès annuel de l'AQTR, 1992, vol. 2 pp. 314-328.
67. Otis, J., Lesage, D. Brown, B., Godin, G., Faley, C. & Lambert, J. "Predicting and reinforcing children's intentions to wear protective helmets while bicycling", Public Health Reports, 1992, 107: 283-289.
68. Farley, C. & Brown, B., "La sécurité des cyclistes", Présentation à la 6e conférence mondiale sur la recherche dans les transports, 1992, Lyon, France, 12 p.

69. Farley, C., Quesnel, G., Sergerie, D., Brown, B., "Etude d'observation de l'utilisation du casque de vélo après deux ans d'implantation d'un programme de promotion dans une population où le taux de départ était 1%", exposé des communications, 28e Congrès annuel de l'AQTR, p. 531-554, 1993.
70. Farley, C., Brown, B., Benoit, Marie, "Evaluation de l'impact du programme de promotion favorisant le port du casque de vélo chez les jeunes de la Montérégie après deux ans d'implantation", volet I, étude d'observation, pour le Comité montérégien des DSC en prévention des traumatismes, 31 p., 1993.
71. Farley, C., Quesnel, G., Sergerie, D., Brown, B., Benoit, Marie, "Etude d'observation de l'utilisation du casque de vélo après deux ans d'implantation d'un programme de promotion dans une population où le taux de départ était de 1%", proceedings of the multidisciplinary road safety conference VIII; june 14-16, 1993, Saskatoon, Saskatchewan.
72. Farley, C., Quesnel, G., Sergerie, D., Brown, B., Otis, J., Benoit, M., "Mid-term evaluation of a 4 years child - focused bicycle helmet promotion program", présentation à "the Second World Conference on Injury Control, may 20-23, 1993, Atlanta, Georgia, USA.

**ANNEXE 1**

**Synthèse des projets planifiés**

**par le Comité régional des DSC de la Montérégie 1986-91**

Tableau 1

**Synthèse des projets planifiés par le Comité régional  
de la sécurité routière des D.S.C. de la Montérégie**

1986-1991

	1986	87	88	89	90	91	92	93	<u>Statut</u>	<u>Participants</u>	<u>Produits</u>	<u>Suivi</u>
<b>1.</b>												
<b>1.1</b>	<b>Taxi-2-chauffeurs I</b>								<b>Complété (S)</b>	<b>Honoré-Mercier et Val-</b>		
<b>1.2</b>	<b>Alcool-Noël-taxi I</b>								<b>Complété</b>	<b>Valleyfield, H.M. et C.L.</b>		
<b>1.3</b>	<b>Projet-serveur R-E</b>								<b>En cours (S)</b>	<b>Valleyfield</b>		
<b>2.</b>												
<b>2.1</b>	<b>P.A.S. ceinture I</b>								<b>Complété (S)</b>	<b>4 D.S.C.</b>		
<b>2.2</b>	<b>Ceinture-arrière S</b>								<b>Subvention refusée</b>	<b>Charles-LaMoigne</b>		
<b>2.3</b>	<b>Ceinture 10%</b>								<b>En suspens</b>	<b>Honoré-Mercier</b>		
<b>3.</b>												
<b>3.1</b>	<b>Projet-pilote MRC PR</b>								<b>Complété</b>	<b>Valleyfield</b>		
	<b>Vaudreuil-Soulanges, Haut-Richelieu</b>									<b>Haut-Richelieu</b>		
<b>3.2</b>	<b>Étude d'identification R,PR</b>								<b>Complété</b>	<b>4 DSC</b>		
<b>3.3</b>	<b>Survi régional P,I</b>								<b>En cours</b>	<b>4 DSC</b>		
<b>4.</b>												
<b>4.1</b>	<b>Étude exploratoire R</b>								<b>Complété (S)</b>	<b>Charles-Lemoyne (DSC)</b>		
<b>4.2</b>	<b>Évaluation qualité des soins R</b>								<b>Complété (S)</b>			
<b>4.3</b>	<b>Méthode efficacité des soins R</b>								<b>En cours (S)</b>			
<b>5.</b>												
<b>5.1</b>	<b>Pochette année de la sécurité routière I</b>								<b>Complété</b>	<b>4 DSC</b>		

R = Recherche (R.E. = recherche évaluative)

I = Intervention

PP = Politique

S = Subvention

Pr = Problématique

Tableau 1 (suite)

**Synthèse des projets planifiés par le Comité régional  
de la sécurité routière des D.S.C. de la Montérégie**

**1986-1991**

	1986	87	88	89	90	91	92	93	<u>Statut</u>	<u>Participants</u>	<u>Produits</u> SuM
<b>6.</b>	<b><u>Études</u></b>										
<b>7.</b>	<b><u>Bicyclette-jeunes</u></b>										
7.1	Jeunes 5-24 ans R										
7.2	Port du casque-vélo L										
7.3	Réévaluation R.E.										
<b>8.</b>	<b><u>Divers</u></b>										
8.1	Coussin gonflable - armes à feu -P, I								Continu	4 DSC	
8.2	Livre trauma Pr								Complété	Charles-LeMoine	
8.3	Connaissance/surveillance Pr								(SD) refusé	Honoré-Mercier	
8.4	Camions								En suspens	Honoré-Mercier	
8.5	Comité provincial P								Continu	Honoré-Mercier, Charles-Lemoyne	

## **ANNEXE 2**

### **Définition des critères de priorisation**

DEFINITION DES CRITERES  
POUR L'ETUDE ET LA PRIORISATION  
EN VUE D'UN PROGRAMME  
POUR LA PREVENTION DES TRAUMATISMES

**IMPORTANCE DU PROBLEME:**

- Mortalité, morbidité; ou fréquence, gravité
- Histoire naturelle de la maladie
- Facteurs à l'origine de son émergence et de sa propagation
- Caractéristiques de la population exposée en termes démographiques

► Côte,

**Question:**

L'importance est-elle connue? **QUI-** Couverture ?

**NON-** Connaissance/recherche

Le problème est-il suffisamment compris pour agir? oui/non

**COUVERTURE DU PROBLEME DANS LA REGION:**

► Il existe déjà des interventions efficaces sur notre territoire

**Question:**

Quels sont les objectifs de l'intervention en lien avec la connaissance du PROBLEME que nous avons?

**MOYENS EFFICACES POUR AGIR:**

- En rapport avec les facteurs de risque, les populations à risque, etc.
- Le fait d'entreprendre une action va contribuer à accroître la compréhension que l'on en a
- dépistage; suppression des facteurs de risque; législation; services; surveillance; formation; promotion, etc.

**Question:**

Dispose-t-on de moyens efficaces, au moins au niveau des connaissances. Quelles sont les connaissances vraiment nécessaires? L'absence de connaissance sera-t-elle d'ailb à l'inaction?

**FAISABILITÉ:**

- Technique (expertise, compétence etc.)
- financière (ressources)
- politique (rôle des partenaires, actualité, etc.)
- administrative
- Peut se traduire en probabilités d'atteindre les objectifs que l'on s'est fixés

**Question:**

A-t-on les moyens et les ressources de mettre en place l'intervention de façon à maximiser les probabilités d'atteindre les objectifs fixés?

**ACCEPTABILITE:**

- le plus fiable et le moins coûteux
- Concordance entre le problème et ce qu'on lui consacre
- De quelle manière le problème est-il ressenti dans la population, chez les intervenants
- Les moyens proposés sont-ils acceptables en regard des valeurs et croyances prévalentes
- Prise en compte des rapports de pouvoir
- Nous reconnaît-on un rôle d'agent de changement dans ce domaine?
- Augmente-t-elle nos connaissances?
- Améliore-t-elle le bilan de la maladie?

**Question:**

La stratégie d'intervention tient-elle compte des moyens, croyances, rapports de pouvoir, rôle d'agent de changement tout en étant la plus efficace et la moins coûteuse pour la population et les partenaires?

### **ANNEXE 3**

#### **Résumé des thèmes priorités**

## TRAUMATISMES DE LA ROUTE PROBLEMATIQUE/CIBLES/FACTEURS DE RISQUE

### 1. Cyclistes :

Problématique bien cernée - programme du vélo-casque planifié pour une période de quatre ans visant un taux de port de 20 % en 1993. Après deux ans d'intervention, taux de port global à 9 % en Montérégie. Difficulté de coordination avec la SAAQ qui vise un taux de 25 % en 1993. Certaine confusion perçue chez les partenaires compte tenu des différents programmes. Questionnement sur l'efficacité des moyens de la SAAQ pour atteindre l'objectif vu les résultats de l'observation à St-Jérôme et Laval. Programme de promotion à garder pour priorisation - Concertation à envisager avec l'association médicale et nouveaux moyens de collaboration avec la SAAQ.

### 2. Post-Impact :

Système en place très déficient. Subvention reçue en 1987. Document paru en 1989 : description des composantes et du mode de fonctionnement du système de soins d'urgence. A suivi une évaluation de la qualité des soins offerts aux victimes de trauma crânien (axé sur le processus) et formulation de recommandations sur les aspects cliniques, administratifs et politiques (subvention 1989 - rapport 1991). Dépôt d'une demande de subvention en 1991 sur la mesure de l'efficacité des soins pour les victimes de traumas. Pistes d'action : colloque régional, étude sur la qualité des soins. Trois éléments clés : politique, administratif et connaissance. A garder pour priorisation.

### 3. Occupants des véhicules-moteurs :

Efficacité démontrée des moyens de protection : ceinture et coussin. Le taux de port de la ceinture au Québec est de 93 %. Tenue des P.A.S. et surveillance policière. Les passagers arrières se retrouvent dans un véhicule sur dix en général (10 % des blessures reliées aux accidents de la route). Les passagers arrières sont surtout des enfants. Il semble y avoir une augmentation des blessures abdominales chez les enfants de 5 à 9 ans selon la SAAQ. Demande de subvention par le DSC-CL, refusée par le CSSSM en 1990. Loi récente donc période trop courte pour étude. Coussin : relâchement des actions du comité provincial des DSC. Questionnement sur efficacité/bénéfices. Colloque coussin/ceinture planifié par l'AQTR en 1992. Volet coussin à garder pour priorisation.

### 4. Piétons :

Problématique importante en milieu urbain surtout chez les personnes âgées et les enfants. Ne représente pas une priorité régionale car le milieu urbain se retrouve surtout sur le territoire du DSC-CL.

5. Motocyclistes :

Tendance à la baisse du nombre de décès au Québec; 62 décès en 1988 par rapport à 128 décès en 1978. Probablement due aux facteurs suivants : diminution du nombre de motocyclettes en circulation, hausse des prix des motos, primes d'assurances élevées. Non retenu comme prioritaire.

6. Sites dangereux/infrastructure :

Problématique déjà identifiée en Montérégie - Table d'orientation en place en Montérégie - Rôle donné aux DSC par la table. Planification du suivi en cours. Dossier à garder pour priorisation.

7. Camionnage lourd :

Problématique assez importante compte tenu de la déréglementation, de l'augmentation du poids des charges et de la gravité des blessures lors d'accidents. Contrôle routier et inspection des véhicules déjà en vigueur. La SAAQ devrait voir à donner aux camionneurs une formation en sécurité routière. Programme du DSC Sacré-Coeur destiné à cette catégorie de travailleurs. Priorité non retenue.

8. Vieillissement de la population —> conducteurs âgés :

Ces usagers représentent un danger moindre (vitesse - heures de conduite). Piste : trouver un moyen d'amener les médecins à indiquer les limitations réelles de leur patient lors de l'examen pour le renouvellement du permis de conduire. A cet effet, le comité suggère une lettre à Dr Osterman pour sensibiliser les médecins. Priorité non retenue compte tenu qu'un guide a été envoyé en 1991 par l'Association médicale.

9. Petites voitures - équipements de protection :

Augmentation du nombre de ventes des petites voitures —> risque de décès plus élevé lors d'accidents impliquant les petites voitures. Dossier déjà prioritaire à la SAAQ et travail de Transport Canada donc non retenu par le comité.

10. Alcool et sécurité routière :

Selon les données du bureau du coroner, l'alcool est présent dans 40 % des accidents mortels. Mesures législatives efficaces (PERSE). Programme auprès des établissements licenciés en cours à Valleyfield. Colloque de AQTR, SAAQ, justice, sécurité publique se tiendra en 1993. A garder pour fin de priorisation.

11. Véhicules tout-terrains :

Constitue une préoccupation du comité provincial. Non retenu par le comité régional.

12. Téléphone cellulaire :

Méconnaissance de la situation actuelle. Risque potentiel d'accidents (conversation téléphonique et conduite automobile). Dossier de recherche à garder pour priorisation.

13. Jeunes conducteurs (16-18 ans) :

Problématique très bien définie par la SAAQ. Cible d'intervention très prioritaire. Cependant, domaine peu pris au sérieux en termes d'intervention. Les DSC de la Montérégie sont prêts à collaborer avec la SAAQ mais ne développeront pas d'action vu l'aspect prévisible des conflits avec la SAAQ. Programme du BAC : New to the road, 1991. A garder pour fin de priorisation.

14. Transport des matières dangereuses :

Problématique de moindre importance/victimes de la route. Relève de la santé environnementale. A vérifier si des projets sont en cours dans les DSC. Possibilité commune d'action. A garder pour priorisation.

15. Vitesse :

Facteur important relié à la gravité des traumatismes routiers. Piste : développement de projets avec les municipalités. A garder pour priorisation.

## TRAUMATISMES EN GENERAL

### 1. Chutes :

357 décès en 1987 dont 82 % chez les personnes âgées. Sous-déclaration de la morbidité chez les < 14 ans. Beaucoup d'intervenants dans ce domaine au Québec avec peu d'effets prévisibles sur une base populationnelle. Pistes d'action : portrait régional à établir et programmation. A garder pour priorisation.

### 2. Suicides :

Taux en croissance au Québec, deux fois plus élevé qu'en 1970, le plus haut au Canada. Très peu ou aucune évidence d'efficacité réelle des mesures préventives. Dossier de recherche : analyser davantage le nombre de suicides sur le pont Jacques-Cartier (9 décès et 23 tentatives du 1-7-89 au 30-06-90) ainsi que les cas d'intoxications médicamenteuses. A garder pour priorisation.

### 3. Homicides :

17 décès en Montérégie en 1988. Interventions par les CLSC et les policiers. Très peu d'évidence d'efficacité des interventions. Dossier de recherche. Non retenu pour priorisation.

### 4. Noyades :

Au Québec, 135 décès en 1987 dont 94 associés à la pratique d'activités sportives et récréatives. Les groupes à risque : enfants de 0-6 ans et jeunes adultes 15-30 ans. L'alcool est souvent associé aux noyades. Pour chaque décès par noyade, il survient entre quatre et dix quasi-noyades. Pistes d'action : règlements municipaux concernant les piscines - obligation de porter des vêtements de flottaison - portrait régional et planification. A garder pour priorisation.

### 5. Agriculture :

Méconnaissance du problème des traumas reliés à l'agriculture - secteur à très haut risque - dossier prioritaire au DSC Honoré-Mercier. A garder pour priorisation.

### 6. Incendies et brûlures :

Au Québec, taux de décès à la baisse - Cibles : personnes âgées et enfants 0 - 4 ans. Pistes d'action : promotion des détecteurs de fumée - programme en vigueur par les services d'incendie des municipalités - règlements municipaux - promotion par assureurs - Non retenu pour priorisation.

7. Intoxications :

Au Québec, 80 décès non-intentionnels en 1987 et 322 intentionnels. Pistes d'action : établir le portrait régional - s'assurer du contrôle de la qualité des soins - faire une demande à la corporation professionnelle à ce sujet. A garder pour priorisation.

8. Traumas reliés au travail :

100 à 150 décès par année au Québec. En 1989, 16 décès en Montérégie. Domaine problématique et besoins non comblés bien que 96 % des paiements de la CSST soient pour les accidents de travail. Paralysie administrative DSC-CSST depuis 10 ans. Pistes d'action : portrait régional et planification pour collaboration - comité trauma des DSC peut avoir un rôle d'agent de changement. A garder pour priorisation.

9. Traumas reliés aux activités sportives et récréatives (ski, glissades, etc.) :

Au Québec, selon les données Med-Echo, 5 478 cas de blessures liées à la pratique d'activités sportives ou récréatives ont nécessité une hospitalisation pour l'année 86-87; 186 décès selon le bureau du coroner (1987). Méconnaissance de la situation en Montérégie qui possède plusieurs centres de ski et glissades. Pistes d'action : portrait régional et planification. A garder pour priorisation.

#### **ANNEXE 4**

**Plan d'action: objectifs-santé en Montérégie**

**NOYENS D'ACTION EN MONTÉRÉGIE**  
**TRAUMATISMES DE LA ROUTE**

FACTEUR : HUMAIN

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	NOYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RÉSULTATS & IMPACT	SUIVI
Promotion et prévention Phase pré-impact	Développement d'alternatives à la conduite en état d'ébriété : "UN TAXI-DEUX CHAUFFEURS", "ALCOOL-AOEL-TAXI" dans les entreprises 1986-1987-1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conducteurs</li> <li>Population en général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSC</li> <li>Collaboration :</li> <li>Compagnies de taxis</li> <li>Entreprises de plus de 100 travailleurs</li> <li>RMQ</li> </ul>	<p>Mise sur pied de SERVICES PERMANENTS DE RACCOMPAGNEMENT avec la collaboration des compagnies de taxis.</p> <p>Participation de diverses entreprises du territoire à lutter contre l'alcool au volant</p> <p>Relance par les médias</p>	<p>Demande de subvention du DSC-CHV pour actualiser et évaluer un projet pilote d'actions concrètes contre l'alcool au volant 1989-90 (refusée)</p> <p>DEVELOPPEMENT REQUIS</p>
Promotion Phase pré-impact Prévention Pendant impact Recherche en promotion et prévention	Programme d'application sélectif (P.A.S.) sur le port de la ceinture de sécurité "PASSAGER ET AUTOMOBILISTE, ON S'ATTACHE" (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conducteurs et passagers avant des véhicules automobiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSC</li> <li>Collaboration :</li> <li>Services de sécurité publique</li> <li>Municipalités</li> <li>Entreprises</li> <li>RMQ</li> </ul>	<p>Pour la première fois, divers intervenants de la Montérégie participaient à un objectif commun de santé publique : hauser le taux du port de la ceinture de sécurité à 80%. Programme repris par la RMQ en 1987 au niveau provincial avec résultat très positif : plus de 80% de la POPULATION QUÉBÉCOISE porte la ceinture, ce qui représente le PLUS HAUT TAUX EN AMÉRIQUE DU NORD. (Bussault C., 1989).</p>	<p>UN P.A.S. AURA LIEU DANS TOUT LE QUÉBEC en mai-juin 1990, RMQ et policiers</p> <p>PROJET-PILOTE au DSC-Charles LeMoine en préparation pour favoriser l'utilisation du système de retenu chez les enfants de 5 à 9 ans (1990)</p>
Promotion Phase pré-impact Prévention Phase pendant-impact	Promotion du port du CASQUE PROTECTEUR chez les cyclistes (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cyclistes du 2e cycle primaire (8 à 12 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSC Montérégie, RAAQ, Fédération des coalés de parents, Clubs Optimistes, Détaillants - Policiers-Service de Loisirs Leader Helmet Co. Ecoles</li> </ul>	<p>Réalisation d'études : Profil des jeunes cyclistes - Facteurs explicatifs des comportements chez les jeunes cyclistes.</p> <p>Développement d'outils promotionnels. IMPLANTATION du programme et PARTICIPATION des divers intervenants à la promotion du port du casque protecteur</p>	<p>Activités de promotion en cours. Evaluation en septembre 1990. PROJET SERA REPETÉ JUSQU'EN 1994. Reprise du projet au niveau provincial soit par la RMQ ou les DSC</p>

**MOYENS D'ACTION EN MONTÉRIE  
TRAUMATISMES DE LA ROUTE**

**FACTEUR : VÉHICULE-EQUIPEMENT**

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	MOYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RESULTATS & IMPACT	SUIVI
Promotion et prévention Phase pendant-impact	PROMOTION DU CINTREIN SÉCURIFIABLE comme équipement standard des véhicules automobiles au Canada à partir de 1998 (1988)	Candidats des partis politiques fédéraux	Comité provincial inter-DSC et collaboration des DSC Montréal	ENGAGEMENT de plusieurs candidats à faire des démarches nécessaires auprès du ministre des Transports du Canada pour l'adoption de cette mesure de prévention passive.	LOBBYING provincial et régional

**FACTEUR : ENVIRONNEMENT PHYSIQUE**

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	MOYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RESULTATS & IMPACT	SUIVI
Recherche appliquée Phase post-impact	Etude d'identification des SITES DANGEREUX DU RÉSEAU ROUTIER numéroté de la Montérégie 1984-1987 (1988)	Diverses instances Population en général	4 DSC Collaboration : Policiers, CLSC, Municipalités, NTO Ambulanciers, MPC, RAMQ, S.Q., SID	EXPERIMENTATION D'UNE MÉTHODOLOGIE basée sur plusieurs sources de données permettant l'identification des sites dangereux, applicable au niveau régional et local sur les routes numérotées, lieu de MR des décès et des blessés graves. ANORCE D'UNE CONCENTRATION RÉGIONALE entre les différentes instances pour suivre et surveillance à long terme	Etude et/ou correctifs des 123 sites identifiés en Montérégie (90-92). DÉVELOPPEMENT ET MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE A LONG TERME (90-91)
Recherche évaluative Phase post-impact	ETUDE DES ACCIDENTS DE VÉHICULES MOTEURS SUR LES PONTS reliant Montréal à la Rive-Sud du Fleuve St-Laurent (1978-1979)	Diverses instances Population en général	DSC Charles LeMoigne Subvention 90-91 accordé par le CSSSM	Cette étude se veut un suivi à l'étude réalisée en 1985 sur les ponts. Elle permettra D'EVALUER SI LES INTERVENTIONS effectuées sur les ponts Jacques-Cartier et Chauplain en 87, 88, 89 se sont avérées efficaces en plus de décrire la situation	DIFFUSION DES RÉSULTATS SENSIBILISATION DES DÉCIDEURS

**FACTEUR : ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE**

**ROYENS D'ACTION EN MONTÉRÉGIE  
TRAUMATISMES DE LA ROUTE**

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	ROYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RÉSULTATS & IMPACT	SUIVI
Recherche évaluative Phase post-impact	ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR L'IMPLANTATION RÉGIONALE D'UN SYSTÈME DE SOINS D'URGENCE INTEGRÉS selon le modèle de Seyd en Montérégie	Victimes des traumatismes routiers Urgence des CH Autres instances	DSC Montérégie Subvention CSSSM	<b>DESCRIPTION DE LA SITUATION EN MONTÉRÉGIE :</b> système de soins, ser- vices ambulancier, transfert criti- que, pertinence d'un système de soins. <b>PROPOSITION D'AVENUES DE SOLUTIONS.</b> Diffusion du rapport : CH - FRSQ - CRSSS - coroner Méthodologie reprise par d'autres régions.	SENSIBILISATION DES DÉCIDEURS Discussion en cours, RAM et membre du comité avisoir de Québec
Recherche Phase post-impact	EVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS aux victimes de traumatismes crâniens en Montérégie (1989)	Victimes de la route Divers interve- nants	DSC Charles LeMoine Subvention CSSSM	Identifier les forces et les fa- blesses de la pratique actuelle. <b>DEGAGER DES PISTES DE SOLUTION</b>	RAPPORT À VENIR, Septembre 1990 Distribution : CH, DSP comité évaluation médical, CMQ
Recherche Phase post-impact	ELABORATION D'UNE MÉTHODOLO- GIE pour l'EVALUATION DE l'efficacité des soins et des services offerts aux victimes de traumatismes en Montérégie (1990)	Diverses instan- ces Victimes de la route	DSC Charles LeMoine Subvention accor- dée par le FRSQ	Les résultats visés sont d'élaborer un cadre méthodologique permettant d'évaluer l'efficacité du système de soins et services et D'ADAPTER AU CONTEXTE DE LA MONTÉRÉGIE LES OUTILS ET MÉCANISMES permettant cette évaluation	RAPPORT A VENIR Automne 1990 Sensibilisation des décideurs

**MOYENS D'ACTION EN MONTÉRÉGIE  
TRAUMATISMES DE LA ROUTE**

**FACTEUR 1 : ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE**

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	MOYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RÉSULTATS & IMPACT	SUIVI
Connaissance-surveilance Phase post-impact	ETUDE DESCRIPTIVE DES TRAUMATISMES SURVENUS sur le territoire de la Montérégie en 1989. (1990)	Divers intervenants	DSC Charles Lemoyne Subvention CSSSM (refusée)	Les objectifs visent à déterminer l'importance relative des divers types de traumatismes afin de mieux ORIENTER LES ACTIVITÉS de promotion et de prévention ainsi que de DEVELOPPER DES INDICATEURS dans une perspective de surveillance du problème des traumatismes	Identifier source de financement pour réaliser cette étude.
Promotion-prévention phase pré-impact			DSC Honoré-Mercier		Rendre accessible à tous les DSC les banques de données de la RAMQ

**FACTEUR 2 : HUMAIN - VÉHICULE - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE**

NIVEAU D'INTERVENTION/ PHASE DE L'IMPACT	MOYENS D'ACTION	CIBLE	ACTEURS	RÉSULTATS & IMPACT	SUIVI
Promotion-prévention Phase pré-impact pendant-impact post-impact	Pochette de sensibilisation à l'APPROCHE MULTIFACTORIELLE (PRIME-SR) 1990	Divers intervenants en sécurité routière ou autres instances	DSC Montérégie	SENSIBILISATION à l'approche multifactorielle, au rôle des DSC, à des moyens d'actions et à l'importance de concertation	La pochette est utilisée comme outil d'apprentissage auprès des nouveaux intervenants

## **ANNEXE 5**

### **Fiches de projet**

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE  
DE L'HÔPITAL CHARLES LEPOUTRE

## **PIÈCES DE PROJET**

<b>Titre</b> POST-IMPACT	<b>Priorité:</b> • _____ • _____ • _____	<b>Date de présentation:</b> Janvier 1992 <b>Date d'acceptation:</b> _____ <b>Début des travaux:</b> _____
--------------------------	---	--

Situation actuelle	Situation désirée
Continuité du travail commencé en 1988. Lacunes importantes identifiées dans les études faites en 1989 et 1991 en Montérégie.	Intégration régionale des services d'urgence incluant les soins préhospitaliers. Insistance sur la qualité des soins (axe prioritaire) et la collaboration régionale avec le CSSSM.

Ressources/types	Nombre de jours	Salaire	Dépenses	Total
1. M.D. - Ch. Lemoigne	1/sem.			
2. M.D. - H.R.	1/sem.			
3. Agent de recherche	A définir			
4.				
TOTAL	2/sem.			

**Responsable de régie:**  
**Responsable du projet: B. Brown et D. Lefrançois**  
**Collaborateurs(trices):**  
**CSSSH, membres du comité régional.**

---

**Organigramme**

- Situation désirée
- Intégration régionale des services d'urgence incluant les soins préhospitaliers.
- Insistance sur la qualité des soins (axe prioritaire) et la collaboration régionale avec le CSSSM.

Conditions préalables

Ressources disponibles au DSC Charles LeMoigne et Baut-Richelieu.

Souhaitable d'avoir financement du FRSQ pour étude de l'efficacité (déjà soumis).

Produits	
Selon situation désirée.	
Publications dans les revues syndicales.	
Origine/Destination	
Report no:	Date:
Signature:	

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE  
DE L'HÔPITAL CHARLES LE MOURE

## **FIGURE 26 PROJ 1**

<b>Titre</b> SITES DANGEREUX	<b>Priority:</b> • _____ • _____ • _____	<b>Date de présentation:</b> Janvier 1993 <b>Date d'acceptation:</b> _____ <b>Début des travaux:</b> _____
------------------------------	---	--

**Situation actuelle**

Projet commencé en 1986 avec depuis 1990 une collaboration avec d'autres ministères et municipalités visant la correction de certains sites dangereux.

**Situation désirée**

Amélioration de la sécurité routière par la correction des sites dangereux prioritaires. Meilleure définition du partage des responsabilités.

Calendar

1. Plan de suivi pour la table d'orientation.
  2. Demande de subvention afin de refaire ID sites (1988-1991) environ 60 000\$.
  3. Collaboration CRT/ingénieurs re-correction des sites (projet FCAR).
  4. Collaboration des 4 DSC pour le suivi (plan).
  5. Présentation d'une mise à jour de la liste des sites.
  6. Evaluation des correctifs pour fin 1993 (plan pour 1992).

Ressources/types	Nombre de jours	Salaire	Dépenses	Total
1. Collaboration suivi corrections	1/semaine/DSC			
2. Demande subvention (2)	15 ouvrables			
3. Négociation FCAR	--			
4. Plan d'évaluation des correctifs	20 ouvrables			
<b>TOTAL</b>				

Conditions préalables  
Plan de suivi du projet-pilote soumis à la table d'orientation et présentement en réécriture par le MTQ (pour le 1er mars 1992).  
Collaboration déjà établie.  
Participation des ingénieurs universitaires désirables.

Responsable de régie:	
Responsable du projet: B. Brown et A. Lebeau	
Collaborateurs(trices):	
Organigramme	

**Produits**  
Plan de suivi.  
Trente (30) sites corrigés.  
Plan d'évaluation des mesures correctives.  
Nouveau listing de sites.

Rapport no:	Date:
Signature:	

<b>Titre</b> <b>TRAUMATISMES AGRICOLES</b>	<b>Priorité:</b> .. <b>3</b> ..	<b>Date de présentation:</b> <u>16-12-1991</u> <b>Date d'acceptation:</b> _____ <b>Début des travaux:</b> _____
---	------------------------------------	---

**Situation actuelle**

Si l'on distingue les décès occupationnels et domestiques, on compte 1 600 décès occupationnels/an aux Etats-Unis. Même taux appliqué au Québec serait moins de 40 décès/année. Cependant taux décès relié au secteur agricole (20,7 pour 100 00 travailleurs) est 2,6 fois plus élevé que taux global de toutes les industries. FACTEURS ASSOCIES: 1er facteur= machinerie. Très peu de données québécoises

**Situation désirée**

Connaissance de la situation en termes de décès occupationnel, domestique, et blessures. Portrait de la situation et appréciation de l'ampleur du problème et des interventions efficaces.

Etapes	Calendrier											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Consulter les données disponibles au Canada	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2. Vérifier les données MED-Echo	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3. Collaboration avec M.Jenicek	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
4. Portrait plus exhaustif (demande subvention C.L.)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
6.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

selon réponse Progr. Subvention	Calendrier											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ressources/Types	Nombre de jours	Salaire	Dépenses	Total
1. Agent recherche	5			
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>TOTAL</b>				

**Conditions préalables**

<b>Responsable de règle:</b>
<b>Responsable du projet:</b> Diane Sergerie et Bruce Brown
<b>Collaborateurs(trices):</b>
<b>Organigramme</b>

<b>Produits</b>
<b>Fiche descriptive de la problématique sommaire pour le Québec et la Montérégie</b>
<b>Connaissance ampleur du problème</b>
<b>Origine/Destination</b>
<b>Rapport no: _____ Date: _____</b>
<b>Signature: _____</b>

F I G U R E S 0 0 2 0 0 3 1 7

<b>Titre</b>	<b>Préférence</b>	<b>Date de présentation:</b>	<b>3<sup>e</sup> Octobre 1991</b>
Promotion du conseil de ville pour les journées de 1 à 17 mai	1/6	<b>Date d'acceptation:</b>	
		<b>Début des travaux:</b>	

**Situation actuelle**

46 cyclistes décédés au Québec 1985 soit le total des décès survenus au Canada. 50 % des décès et 60 % des hospitalisations : 5-14 ans. Principale cause du décès : traumatisme crânien 9/10. Chaque décès de 15 à 16 risques de blessures. Programme à long terme 4 ans → atteindre 20 % port du casque chez les jeunes en 93. Taux de port à la hausse, activités à poursuivre.

**Situation déstresse**

Maintenir le programme en milieu scolaire - 3e à 6e grade, renforcer la participation communautaire, augmenter l'accessibilité du casque de vélo, renforcer les activités durant la période estivale, développer le matériel pédagogique (ref. document d'évaluation).  
Colloque régional 1992

Etapes	Calendrier
1. Terminer la recherche évaluative : processus, impact (étude d'observation et enquête attitudes)	_____
2. Mise en marche des activités	_____
3. Organisation du [soutien religieux]	_____
4. Campagne médiaïtique	_____
5. Revoir le matériel promotionnel - impression des outils	_____
6. Établir collaboration avec SANJ et Ass. médicale Corée	_____
7. Collecte des données - évaluation	_____

Ressources / Types	Nombre en journées	Sélectives	Dépendantes	Total
DSU-CL	66 journées			
DSU-CH	51 journées			
DSU-HP	51 journées			
DSU-HG	51 journées			
TOTAL				

- Conditions préalables
- Ressources financières pour l'importation des outils
- Obtention de commandites

**Responsable de régie:**  
**Responsable du projet:** Edine Farley  
**Collaborateurs :** SAGG - dévillants - enseignants -  
**Clubs Rotinistes - policiers - loisirs**  
**Organigramme:**

Produits	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des activités planifiées en collaboration avec la communauté</li> <li>• Articles de conférence</li> </ul>	
Origine/Destination	
BSI - communauté - Jeunes du primaire	
Rapport no:	Date: 6 décembre
Signature:	

TITRE DU PROJET

<b>Titre</b> Royades	<b>Priorité:</b> B	<b>Date de présentation:</b> <u>30 octobre 1991</u>
		<b>Date d'acceptation:</b> _____
		<b>Début des travaux:</b> _____

**Situation actuelle**

Taux de décès à la baisse au Québec : 1,18/100,000 h. en 1985 vs 2,1 en 1987. Montréal occupe le premier rang en 1989 avec 10 décès mais taux bien inférieur à celui du nord du Québec. Groupes à risque : 0-9 ans, 15-25 ans et adeptes de la pêche > 50 ans. Le non-port du VFL, l'alcool et l'inaptitude à nager sont des facteurs contributifs. Absence de réglementation uniforme dans les municipalités pour les piscines résidentielles. Obligation d'avoir à bord des embarcations des VFL sans une obligation de les porter.

**Situation désirée**

Adoption de règlement municipal dans toutes les municipalités fondés sur le modèle proposé par la Régie de sécurité dans les sports pour les piscines résidentielles. Educateur des adeptes de la pêche (alcool + VFL) via les endroits favoris des ports de pêche.

<b>Etapes</b>	<b>Calendrier</b>
1. S'informer des activités de la Croix-Rouge	
2. Vérifier auprès de certains émetteurs de permis de pêche la possibilité de collaboration	
3. Voir si transmettre les informations au comité provincial pour action éventuelle	
4. Susciter des actions par le biais de Villages et villages en santé	
5. _____	
6. _____	

J	F	M	A	M	J	J	A	S	B	D	R	D	J	F	M	A	M	J

<b>Ressources Types</b>	<b>Nombre</b>	<b>Salaires</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Total</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>TOTAL</b>				

**Conseils demandés**

- Collaboration au comité provincial
- Intérêt des émetteurs de permis de pêche
- Priorité vs Villages et villages en santé

<b>Responsable de régie:</b>	
<b>Responsable du projet:</b>	Géraldine L. (Ruez)
<b>Collaborateurs(trices):</b>	Tout le réseau
<b>Organigramme</b>	

**Produits****Dépliants d'information destiné aux adeptes de la pêche**

**Origine/Destination:**  
Comité provincial - Émetteurs de permis de pêche  
→ population cible

**Rapport no:** \_\_\_\_\_ **Date:** 29 novembre 1991

**Signature:** \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<b>Titre</b>  Alcool/transmissions	<b>Priorité:</b> • — 16 — • — • —	Date de présentation: Date d'accélération: Début des travaux:
--	--	---

#### Stutterer activities

Présence d'alcool dans 80 % des accidents mortels sur les routes ou autoroutes. Surreprésentation des jeunes conducteurs de sexe masculin. L'alcool est relié aussi aux accidents à domicile et au travail, aux meurtres, aux suicides, à la violence. Facteur de risque important à considérer en prévention des traumas. Interventions actuelles surtout d'ordre éducatif et législatif mais peu d'actions vraiment efficaces (grille haïcon). Les OSC considèrent le problème important mais ont peu de moyens d'y faire face.

### Silw: ior o'r iach i

- Coalition provinciale de lutte contre l'alcool : contrôler la publicité, identifier les mesures législatives les plus efficaces, développer des stratégies pour influencer les décideurs.
  - Développement d'interventions efficaces et durables.

**Calendrier**

**Etapes :**

1. Collaborer aux activités du conseil provincial
2. Identifier les interventions appropriées
3. Proposer des interventions

4.

5.

Responses (Type)	Number	Selection	Despatch	Total
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>TOTAL</b>				

# Constitutional Amalgamation

## In favour of County Councils

Responsable de régie:	
Responsable du projet:	Conseil provincial
Collaborateurs(trices):	
	Conseil régional
Organigramme	

<b>Produits</b>	<b>Plan d'action</b>
<b>Origine/Destination</b>	
Rapport no:	Date: <u>20 novembre 1991</u>
Signature: _____	

<b>Titre</b>	<b>Intoxications</b> Etude de morbidité et mortalité en Montérégie (Données 1988-1989-1990-1991)	<b>Priorité</b>	X 2	<b>Date de présentation:</b> 1er décembre 1991
				<b>Date d'acceptation:</b>
				<b>Début des travaux:</b>

<b>Situation actuelle</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2763 pers hosp. pour intox. en 88-89 au Québec</li> <li>- 235 pers hosp. pour intox. en 88-89 en Montérégie</li> <li>- 25022 jours d'hosp. (88-89) pour le Québec</li> <li>- 1227 jours d'hosp. (88-89) pour la Montérégie</li> <li>- 46 décès selon bureau écorneau pour Montérégie en 89 pour intoxications</li> <li>- sous utilisation du CAP par professionnels de Montérégie par rapport au Québec</li> </ul>

<b>Situation désirée</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la morbidité et du nombre de décès</li> <li>Diminuer durées et nombre d'hospitalisation</li> <li>Augmenter le recours au CAP (expertise)</li> <li>autres sources d'expertise</li> </ul>

<b>Etape</b>	<b>Calendrier</b>										
1. Définition et précision du champ d'étude (patients admis) - CH-UH - Etude pilote	J	F	M	A	M	J	J	S	O	N	D
2. Définition du "site" d'intervention (prévention tertiaire)	X										
3. Révision de littérature pertinente et grille de données à définir											
4. Définition de la population étudiée, critères de l'étude et recueil de données											
5. Rapport de l'étude et recommandations											
6.											

<b>92</b>	<b>93</b>														
J	F	M	A	M	J	J	S	O	N	D	J	F	M	A	M
X															
X															

Ressources types	Nombre de jours	Salaires	Dépenses	Total
1. Archiviste médicale	7			
2. Bibliothécaire	1			
3. Secrétaire	10			
4. Responsable AC-80				
5.				
<b>TOTAL</b>				

<b>Conditions préalables</b>

<b>Responsable de régie:</b>
<b>Responsable du projet:</b> Daniel Lefrançois, DSC-UH/R
<b>Collaborateurs/trices:</b>
Comité régional
<b>Organigramme</b>

<b>Produits</b>
<b>Origine/Destination</b>
<b>Rapport n°:</b> _____ <b>Date:</b> 6 décembre 1991
<b>Signatures:</b> _____

P 9272  
ex.2 Sergerie, D.

E-756

## Bilan 1986-1991 & perspectives 1992-1995.

DATE / NOM

**DATE DE RETOUR**

P 9272  
ex.2