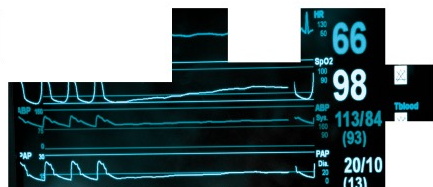
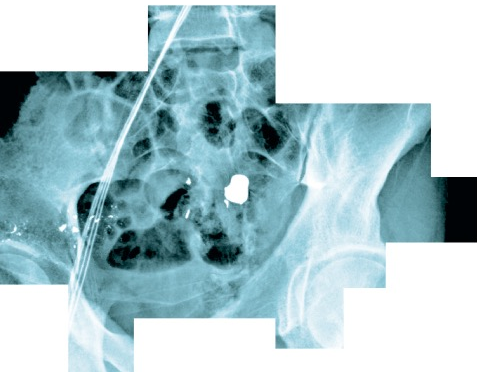




ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

18 AU 21 MAI 2023
Hilton Lac-Leamy, Gatineau

TRAUMA RECONSTRUCTION DE PAROI



Organisation de la traumatologie au Québec

Julien Clément
CHU de Québec – Université Laval



DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION

Aucune

COMPAGNIES

PÉRIODE



Objectifs

- Rappeler l'historique du développement de la traumatologie au Québec
- Identifier les enjeux présents et futurs
- Énumérer des pistes de solution pour le futur



Remerciements

- Mme Amina Belcaid
- Lynne Moore, PhD



Historique du Continuum de services en traumatologie

Avant 1990, le taux de mortalité suite à des traumatismes sévères étaient de plus de 52 % au Québec

2 événements marquants :

- novembre 1989 : Décès de l'athlète Victor Davis
- décembre 1989 : Fusillade à l'école Polytechnique



Historique du **Continuum de services en traumatologie**

MSSS

SAAQ



Continuum de services en traumatologie
(CST)



- ✓ Accessibilité
- ✓ Continuité
- ✓ Efficacité
- ✓ Qualité des services

Quelques processus fondamentaux.

- La chrono-dépendance
- L'inversion du fardeau de la preuve (médicale)
- Les transferts d'urgence à urgence sans droit de refus.
(probablement le processus le plus important de tous!)
- Les ententes de retour

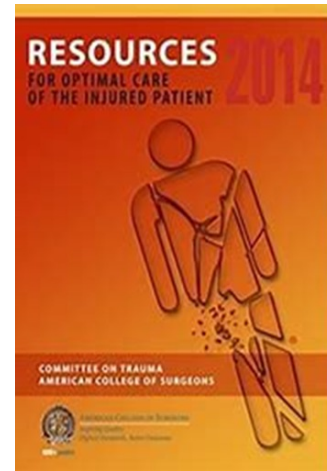
Les centres de traumatologie

American College of Surgeons	Québec
Level 1	Tertiaire
Level 2	Secondaire régional
Level 3	Secondaire
Level 5	Primaire

Système exclusif : Organisé autour d'un seul centre de traumatologie (habituellement un Level 1). Aucune concertation avec les hôpitaux environnants.

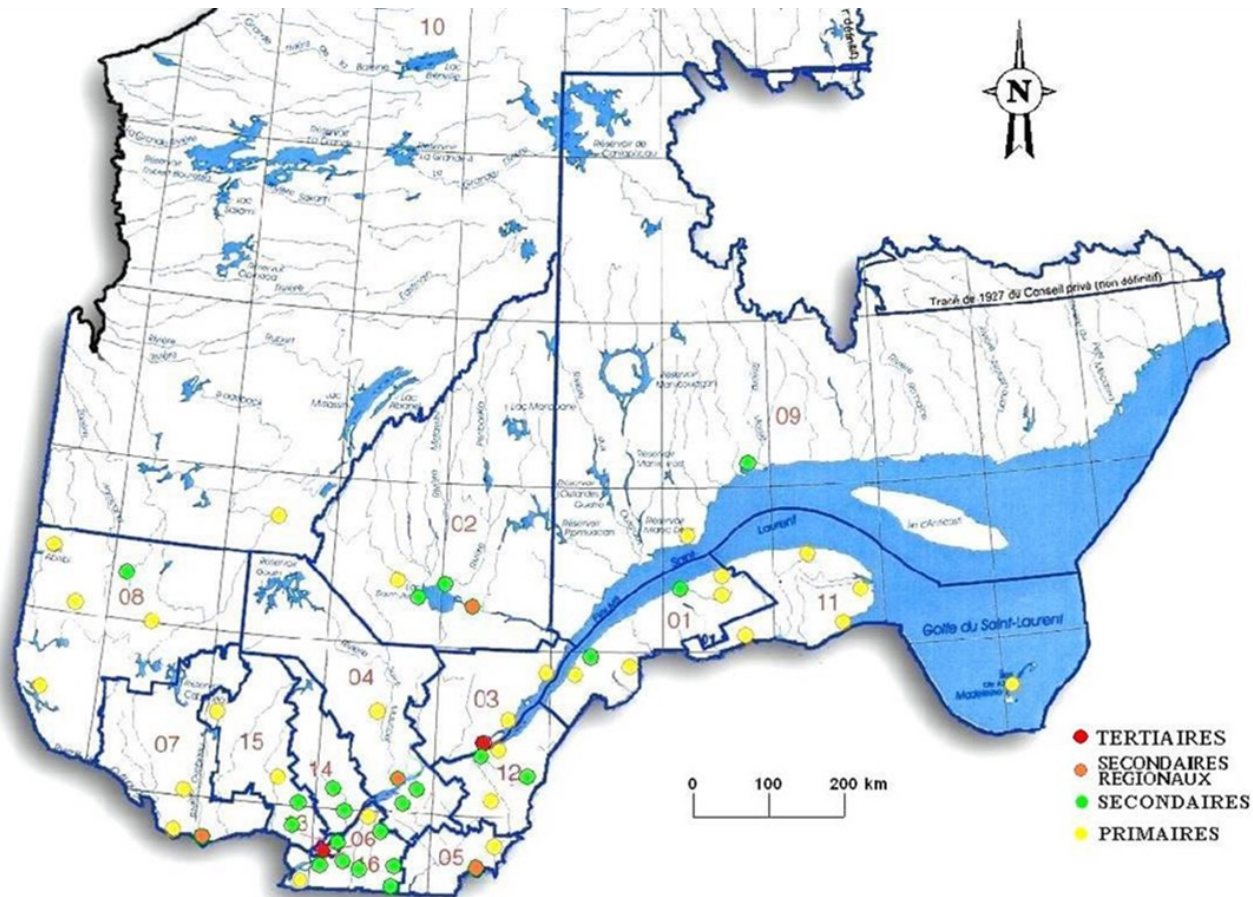
Système inclusif : Collection de divers hôpitaux ayant chacun leur rôle autour d'un centre de plus haut niveau (Level 1 ou 2).

Les systèmes inclusifs ont montré à répétition leur supériorité.

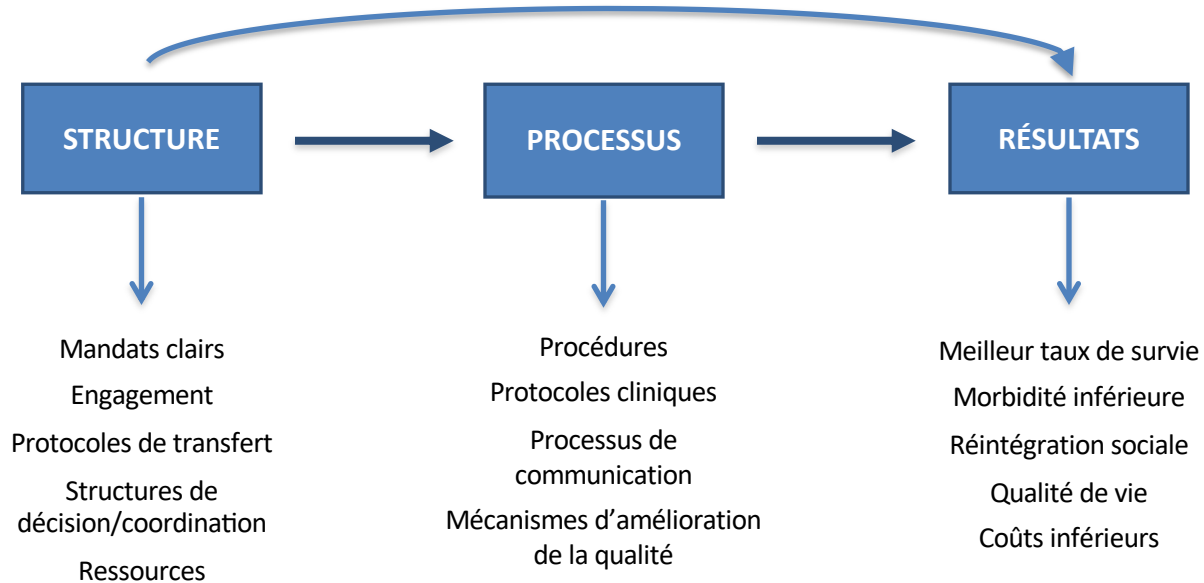


Historique du Continuum de services en traumatologie

- 1991 – Début des désignations des Centres hospitaliers (soins aigus)
 - 3 tertiaires adultes
 - 2 tertiaires pédiatriques
 - 5 Secondaires régionaux
 - 22 Secondaires
 - 28 Primaires
- 1997 – Désignation de 2 Centres d'expertise pour blessés médullaires
 - CE de l'Est
 - CE de l'Ouest
- 1999 – Début des désignations des Centres de réadaptation
 - 18 Centres de réadaptation en déficience physique – programme TCC
- 2002-2004 – Désignation des Consortiums pour les TCC modéré-sévères
 - 12 Consortiums adultes et 7 Consortiums enfants
- 2004-2005 - Désignation des Centres d'expertise pour Grands-Brûlés
 - CE de l'Est
 - CE de l'Ouest
- 2010 – Désignation du seul Centre d'expertise pour les VARMU
(Victimes d'amputation nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence)



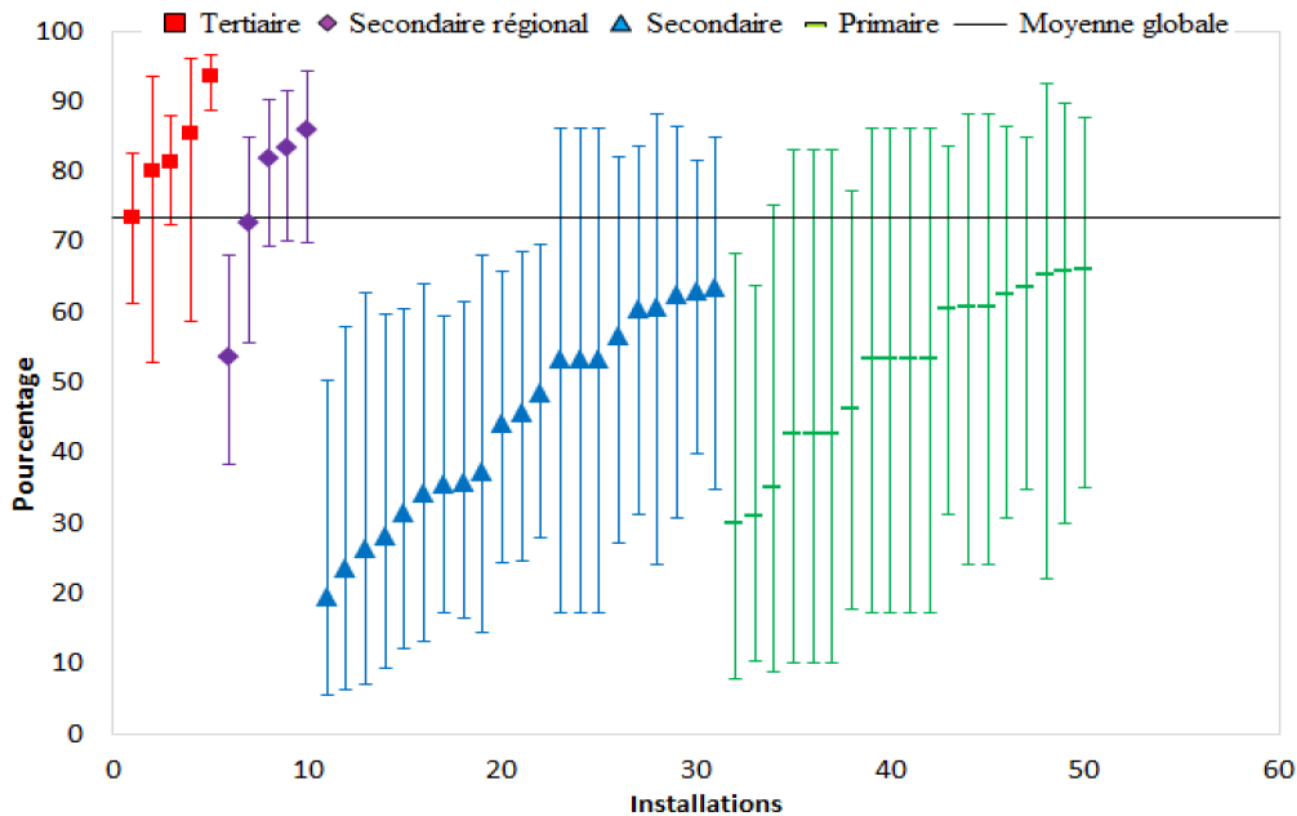
Modèle de Donabedian



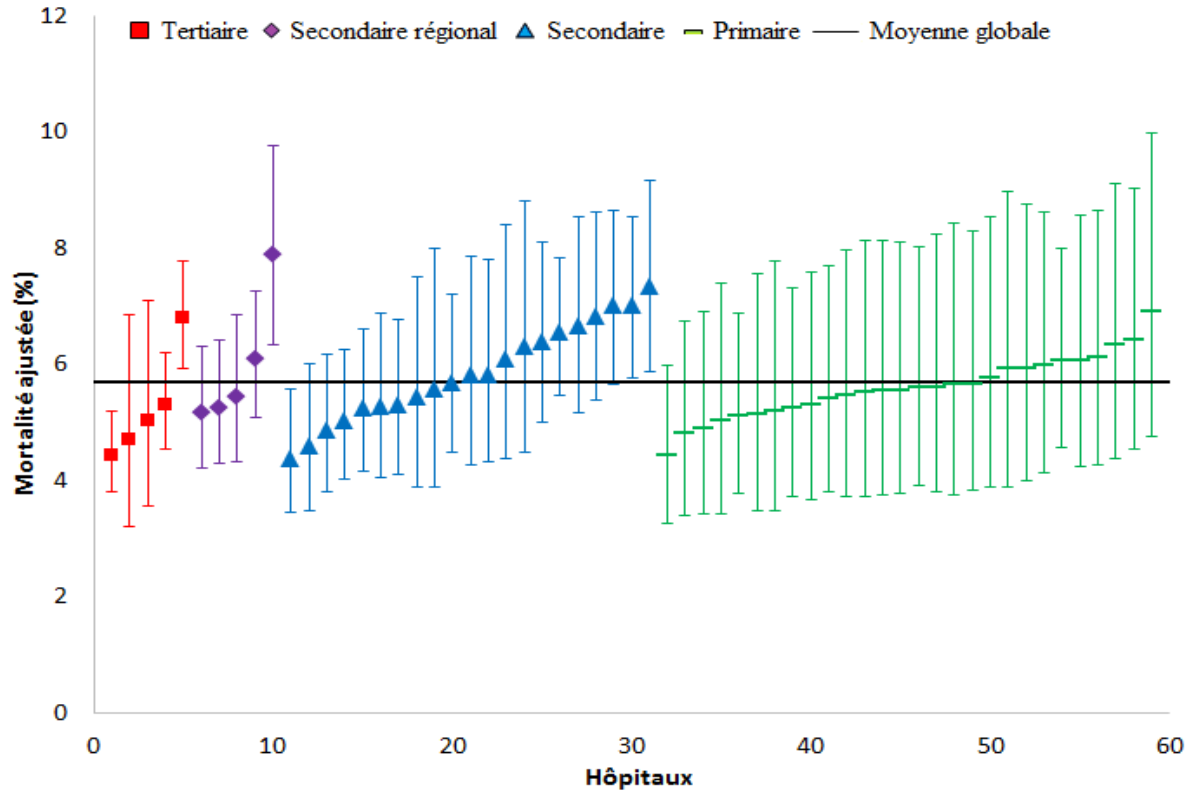
2010: Indicateurs de qualité

- ❑ Besoin criant d'obtenir de l'information sur la performance des services de santé
- ❑ La traumatologie: un milieu propice
 - ✓ Structures en place
 - ✓ Disponibilité de données cliniques
 - ✓ Intervenants dédiés à la qualité des soins

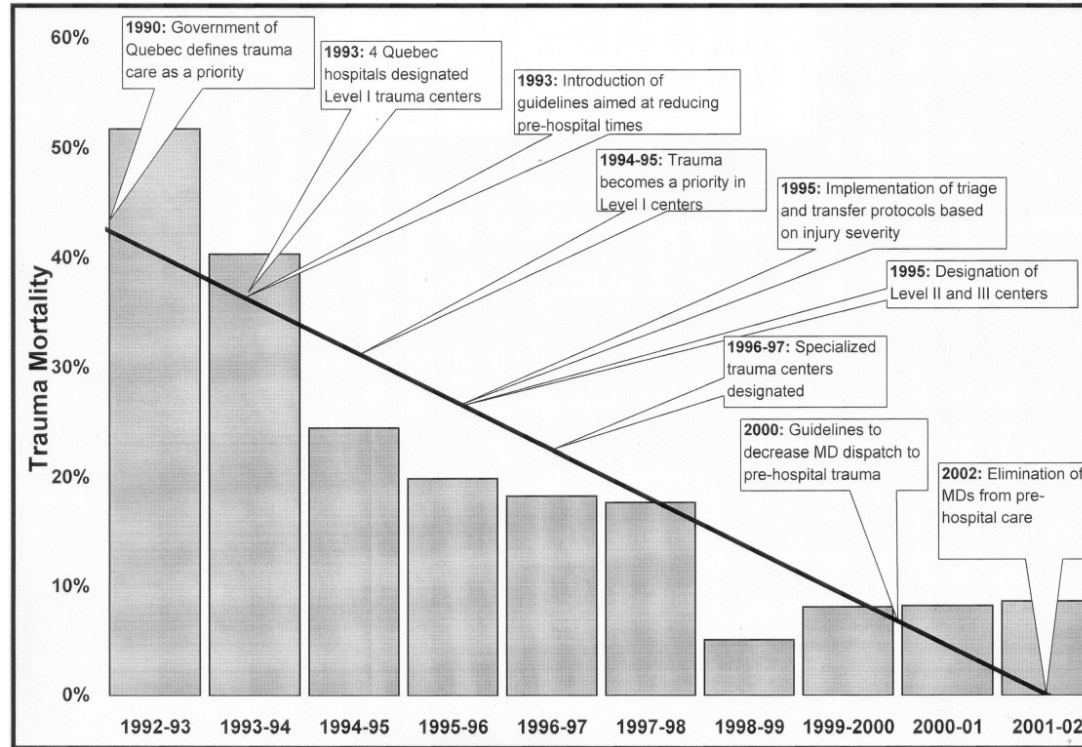
Protection des voies respiratoires chez patients avec GCS<9



Mortalité

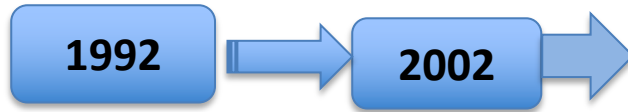


2002: Diminution de 53% de la mortalité après l'implantation d'un système de traumatologie au Québec

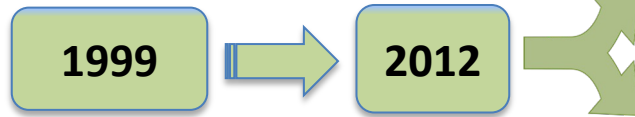


Résultats globaux

Mise sur pied du Continuum
de services en
traumatologie



Taux de mortalité des blessés graves passe de **52 % à 8,6 %**



Baisse additionnelle de **24 %**
du taux de mortalité des
blessés (toutes gravités)

**200 vies
sauvées / an
de plus**

Baisse des durées de séjour de **16 %**
(sans impact sur le taux de
complications ou de réadmissions)

**Économie
de 6,3 M\$ /
an**

Réduction de 28% de la mortalité en 15 ans

f 3

PARTAGEZ SUR FACEBOOK



PARTAGEZ SUR TWITTER



AUTRES



PHOTO ARCHIVES / AGENCE QMI



JOHANNE ROY

Jeudi, 19 février 2015 13:31

MISE à JOUR: Jeudi, 19 février 2015 13:36

Le taux de mortalité a baissé de 28% en 15 ans dans les centres de traumatologie du Québec, révèle une étude menée par des chercheurs de l'Université Laval et du CHU de Québec.

Les progrès enregistrés permettent de sauver annuellement 200 personnes de plus qu'en 1999, a constaté l'équipe de recherche dirigée par la professeure Lynne Moore. Jusqu'au début des années 1990, les victimes d'accidents de la

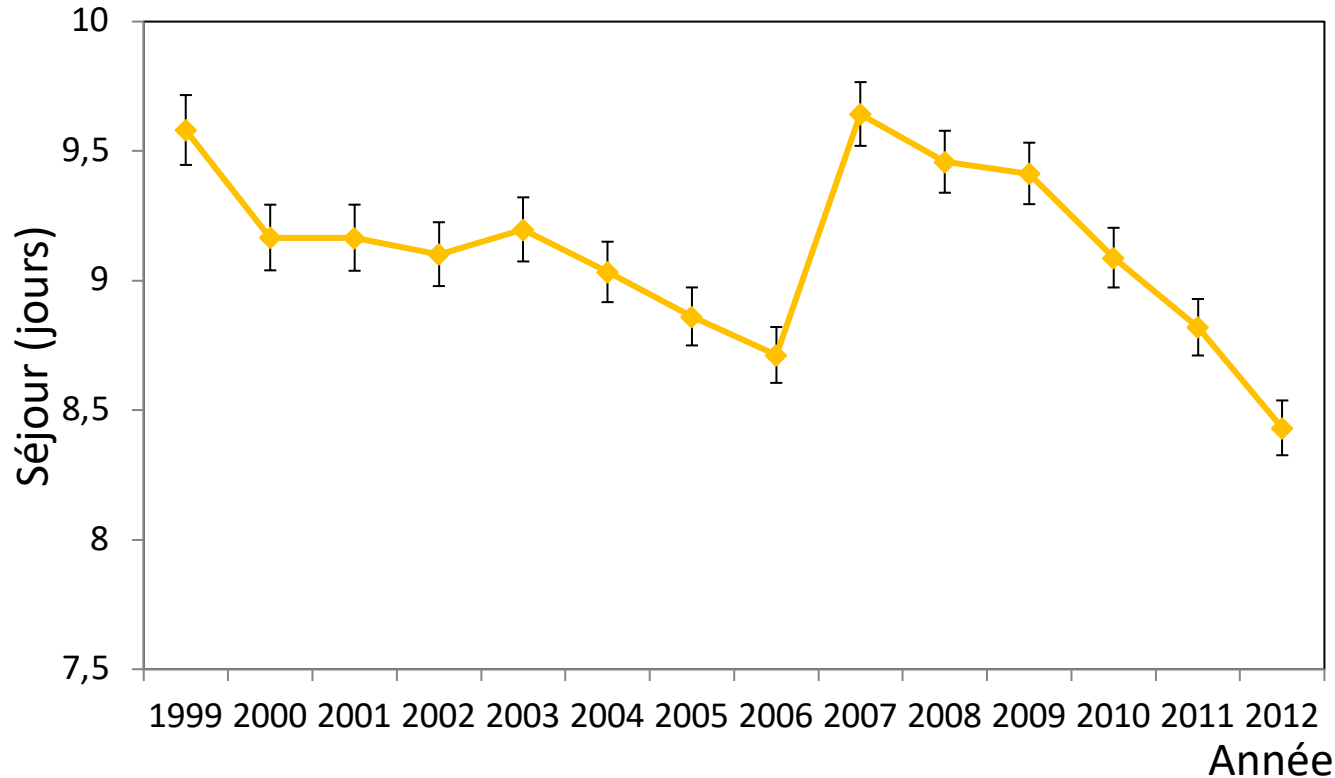
Journal de Montréal

EXCELLENCE INNOVATION COLLABORATION

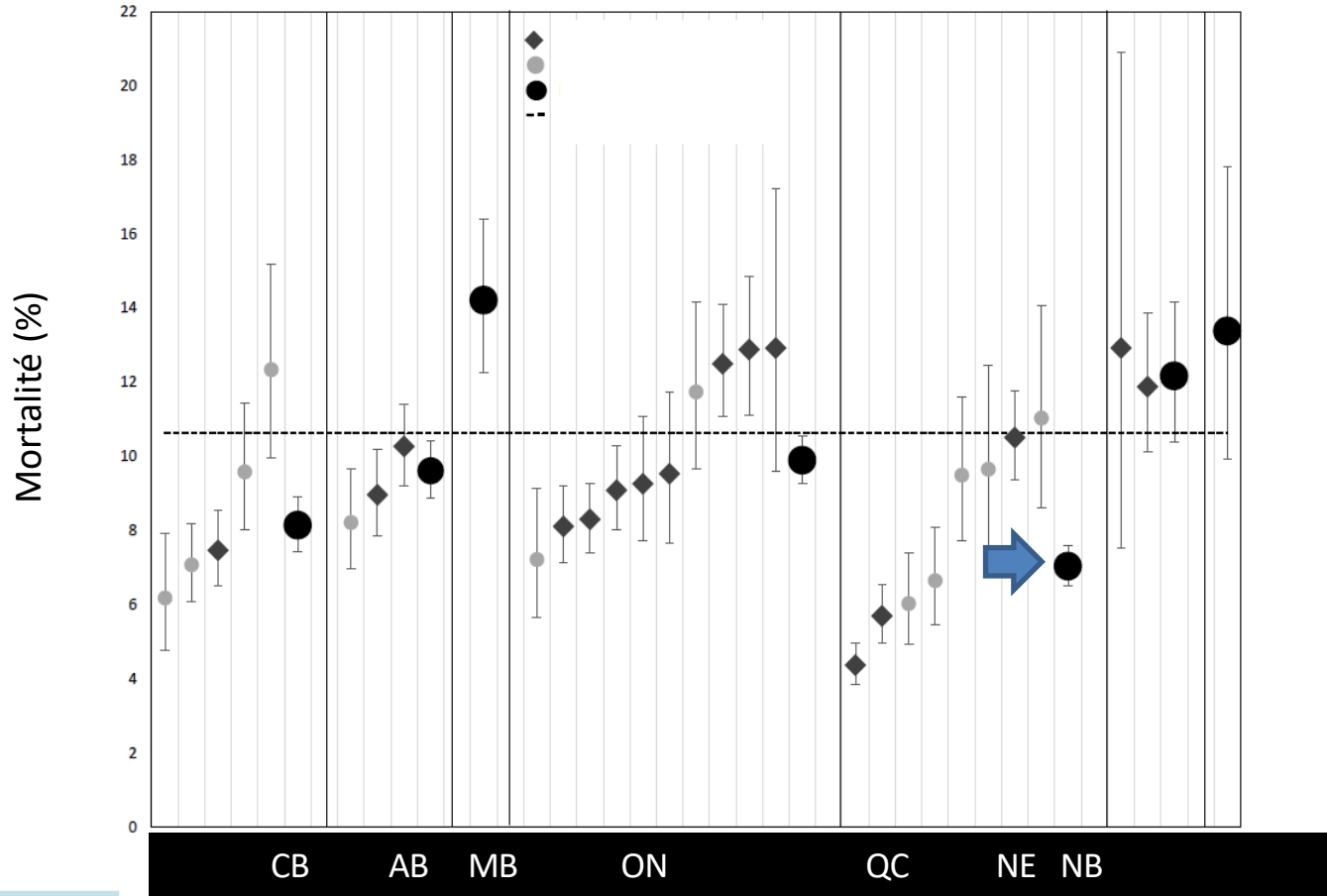


ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

Diminution de la durée de séjour



Québec par rapport aux autres provinces?



Derniere grande modification

- 2016 : déploiement de l'échelle de triage québécoise en préhospitalier.
 - Une adaptation de l'échelle américaine CDC-ACSCOT
 - A pour effet de concentrer en transport direct les traumas instables, pénétrants et neurotraumas.
 - Pas tout à fait adapté à la population gériatrique

Reconnaissance

- ❑ *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*
- ❑ Vérificateur Général
- ❑ >50 publications dans des revues scientifiques
- ❑ Consultation BC, NB, Alberta
- ❑ Consultation programme cardiologie Qc

Quelques statistiques de volumétrie

- Environ 25000-28000 inscriptions au SIRTQ par année
- Les critères d'inclusion ont changé légèrement dans les 2 dernières décennies.
- Les décès à l'arrivée ne sont pas comptabilisé dans le nombre d'admission.
- La couverture du SIRTQ n'est pas complète au niveau provincial, ne couvre pas les installations non-désignées en traumatologie.

Le visage de la traumatologie change





EXCELLENCE INNOVATION COLLABORATION



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

Le vieillissement de la population

Nombre de cas admis selon les catégories d'âge	Périodes				
	2002 n (%)	2007 n (%)	2012 n (%)	2017 n (%)	2021 n (%)
≤ 64 ans	8352 (66.25)	8692 (58.61)	11680 (58.59)	12631 (44.63)	10947 (39.53)
65 ans et plus	4255 (33.75)	6137 (41.39)	8254 (41.41)	15672 (55.37)	16747 (60.47)
Total de patients inscrits au SIRTQ	12607	14829	19934	28303	27694

Une inversion quasi-complète du rapport 2:1
pour 1:2

Le vieillissement de la population

Nombre de cas admis selon les catégories d'âge	Périodes				
	2002 n (%)	2007 n (%)	2012 n (%)	2017 n (%)	2021 n (%)
≤ 74 ans	9706 (76.99)	10410 (70.20)	14106 (70.76)	16941 (59.86)	15538 (56.11)
75 ans et plus	2901 (23.01)	4419 (29.80)	5828 (29.24)	11362 (40.14)	12156 (43.89)
Total de patients inscrits au SIRTQ	12607	14829	19934	28303	27694

Changement encore plus prononcé pour les plus de 75 ans, de moins de 25 % à 44%

- **En plus du vieillissement de la population**
 - Les perceptions changent
 - Plus de place à la limitation des soins et aux soins palliatifs (ex : Fx de hanche)
 - Aide médicale à mourir (AMM)

■ **En plus du vieillissement de la population**

- Changement technologique
 - PACS, accès aux images à distance en temps réel.
 - Télémédecine
 - Peut prévenir des transferts peu pertinents

Volumétrie plus spécifique au chirurgien général



Patients admis suite à un diagnostic de trauma hépatique ou splénique 2019-2022 (provincial)

	2019-2020 n (%)	2020-2021 n (%)	2021-2022 n (%)	Total n (%)
Nombre de patients inscrits au SIRTQ avec un diagnostic de trauma splénique et hépatique	272 (0.97)	268 (1.03)	287 (1.04)	827 (1.01)
Nombre de patients inscrits au SIRTQ	27834	25701	27394	80929

Patients admis en traumatologie ayant subi une chirurgie abdominale 2019-2022 (provincial)

	2019-2020 n (%)	2020-2021 n (%)	2021-2022 n (%)	Total n (%)
Nombre de patient ayant subi un traitement opératoire au niveau de l'abdomen peu importe le diagnostic	251 (0.89)	219 (0.84)	250 (0.90)	720 (0.88)
Nombre de patients inscrits au SIRTQ	27834	25701	27394	80929

Pt avec trauma thoracique majeur (AIS 3-4-5)

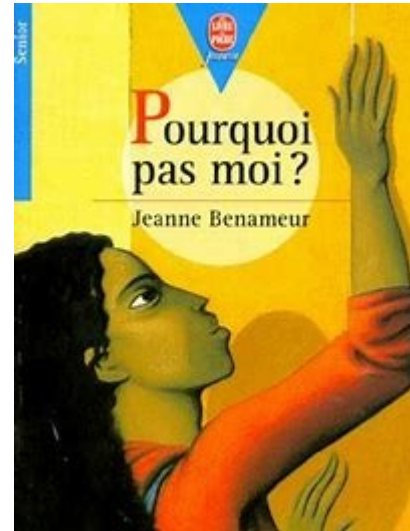
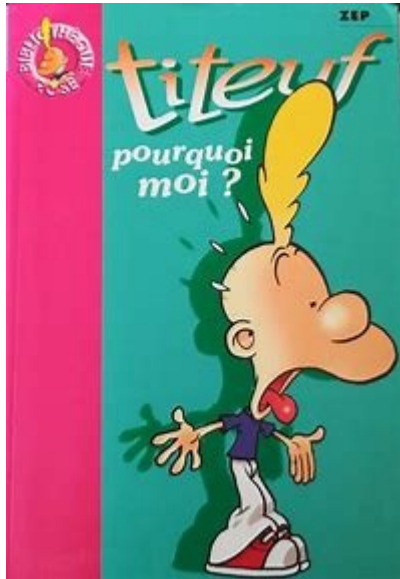
	2016-17 n (%)	2017-18 n (%)	2018-19 n (%)	2019-20 n (%)	2020-2021 n (%)	Total n (%)
Patients avec trauma thoraciques	358 (19.13)	430 (20.69)	388 (19.69)	392 (20.44)	364 (23.70)	1932 (20.61)
Nombre de cas inscrits au registre	1871	2078	1971	1918	1536	9374

	Périodes				
	2002 n (%)	2007 n (%)	2012 n (%)	2017 n (%)	2021 n (%)
Lésion pénétrante autres régions	108 (34.95)	78 (29.21)	90 (30.41)	283 (54.42)	278 (57.08)
Lésion pénétrante au niveau du thorax, de l'abdomen	201 (65.05)	189 (70.79)	206 (69.59)	237 (45.58)	209 (42.92)
Total	309	267	296	520	487

Augmentation significative des traumas pénétrants autre régions

Stabilité des traumas pénétrants thoraco-abdominaux

Le rôle du chirurgien



Divers types de tâches

- **Ce que l'on ne peut pas faire**
- **Ce que l'on peut faire, ainsi que beaucoup d'autres**
- **Ce qui serait préférable que l'on fasse, mais qui peut être fait par quelqu'un d'autre**
- **Ce que nous devons absolument faire**

- La logique d'organisation standard du travail médical pousse vers la spécialisation, ie ce que chaque spécialité doit absolument faire.
- Fonctionne très bien pour un problème unique, bien défini et , souvent, électif.



- Il demeure donc que dans le cas de la traumatologie, le chirurgien général est souvent le mieux placé, quoique non-exclusif, pour beaucoup de situation.
- Ceci est encore plus vrai dans le contexte des hôpitaux communautaires et en région.



■ **Maintien des compétences chirurgicales?**

- Pas une question simple
 - Spécialisation vs généralisme
 - Situation d'urgence
 - Variabilité des plateaux techniques
 - Faible volumétrie

Comment se maintenir?

- Corridor de service
- Appel à un collègue
- Formation continue (congrès, cours formel eg. DSTC)
- Maintien d'une pratique de chirurgie générale d'urgence
- Maintien d'une pratique de chirurgie générale électorale

Vers une nouvelle gouvernance au niveau provincial?

- Est passé du groupe-conseil mis sur place par un comité MSSS-SAAQ à un transfert à l'INESSS lors de sa création.
- L'INESSS fait de l'évaluation, pas de la gestion.
- Donc, un certain vide s'est créé.

Conclusion

- Le réseau de traumatologie au Québec est bien développé depuis des décennies
- Les chirurgiens ont une place centrale dans la prise en charge.
- Le vieillissement de la population est un facteur de changement déterminant.
- Malgré cela, il demeure toujours de jeunes et moins jeunes patients ayant besoin d'une laparotomie très urgente à but salvatrice!



Questions Commentaires

