REPUBLIQUE D'HAITI
Ministère de la Santé Publique et de la Population

HANDICAP INTERNATIONAL

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIRECTION D'EPIDEMIOLOGIE DE LABORATOIRE ET DE RECHERCHE
ET
HANDICAP INTERNATIONAL

Evaluation du système pré-hospitalier de prise en charge victimes d'accidents de la route dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, Haïti, Août 2016

Investigateurs:

Mr. Noel Gregory – Handicap International
Dr. Pierre Wilnique – Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
Dr. Patrick Dely – Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
Mr. Apollon Destine Miracle – Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
Mr. Lacoste Hugguens – Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
Dr. Garnel Michel – Secrétairerie d'Etat à la Population

Version, 002
Octobre 2016

1. Introduction

Les cas d'accident de la voie publique (AVP) en Haïti constituent un problème de santé publique, de par leur incidence, le poids économique de leur prise en charge au niveau institutionnel et communautaire et leurs conséquences sur les victimes et leurs familles.

En 2015, l'hôpital de Médecins Sans Frontières Belgique (MSF-B) de Tabarre a admis 4200 cas de traumatismes dus à un AVP. Pour cette même année, le Centre Ambulancier National (CAN) a pris en charge près de 1500 victimes d'accidents de la route. Les données issues des hôpitaux de de Médecins Sans Frontières Belgique à Port-au-Prince indique que les traumatismes dus aux accidents de la route constituent le principal motif d'admission après les urgences gynéco-obstétricales[1].

Ce constat n'est pas propre à la République d'Haïti. Les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire sont les plus touchés par cette épidémie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2013, 90% des décès associés aux accidents de la route sont survenus dans ces pays.

Près de la moitié des décès par accident de la route surviennent sur le coup, 35 % dans les trois heures suivant l'accident et 15% dans les 30 jours après l'accident. Pour les décès survenant après l'accident, les expériences des pays à haut revenu ont démontré qu'il était possible de réduire les décès et les handicaps post accident de 15 à 20% par l'amélioration de la performance des systèmes de soins d'urgence. Une prise en charge précoce des patients par des professionnels des premiers secours, des soins d'urgence, de la réadaptation et par une meilleure organisation du parcours de soins des victimes de traumatismes est associé à une réduction des décès et d'incapacités chez les victimes d'accidents de la route.

Handicap International, en partenariat avec le Ministère de la sante Publique d'Haïti, a souhaité identifier les mesures visant à maximiser la survie des victimes d'AVP et réduire les conséquences à moyen et long termes des traumatismes, à travers une évaluation du système de prise en charge pré-hospitalier existant au niveau de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince.

Cette étude avait pour objectif de :

- Décrire et analyser l'offre de soins pré-hospitaliers pour les victimes d'AR
- Identifier les barrières d'accès au système pré-hospitalier pour les victimes d'AVP
- Elaborer un cadre d'intervention à 5 ans visant à améliorer la performance du système de prise en charge pré-hospitalier des victimes d'accidents de la route

2. Méthode

[1] Source : MSF Belgique

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, conduite du 15 aout 2016 au 15 septembre 2016, portant sur la qualité et l'accès au système pré-hospitalier pour les victimes de traumatismes dus aux AVP dans l'AMP. La méthodologie de l'étude s'est inspirée d'une approche comparative à l'aide de référentiel internationaux de l'Organisation Mondiale de la Santé existant sur les systèmes de soins en traumatologie.

Elle s'est appuyée sur vingt-trois entretiens auprès d'informateurs clé (14) et de victimes d'accidents (9) de la route. Le principe de triangulation des informations, à travers la diversité des sources et des modes de collecte, était au centre au centre de notre démarche.

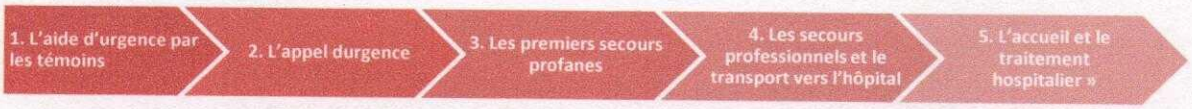
Population d'étude : Acteurs pré-hospitaliers et hospitaliers intervenants dans la prise en charge des accidents et aussi les victimes d'accidents de la route. (ANNEXE LISTE DES PARTICIPANTS)

Tableau 1: Catégorie d'acteurs clés ciblée par l'étude

Acteurs sanitaires	✓ Acteurs pré hospitaliers : CAN, CROIX ROUGE, Autres services d'ambulance ✓ Service des hôpitaux : urgence/réanimation, chirurgie (ortho/neuro), morgue, réadaptation
Autres acteurs	✓ Forces de police, Sapeurs-Pompiers, Protection Civile, Justice, Sécurité Publique, ✓ Assurances (OFATMA, OAVCT)
Victimes d'accidents de la Route	✓ Patients vus a la clinique orthopédique de l'Hôpital la Paix de Delmas et les Médecins Sans Frontières de Tabarre

Collecte, traitement et analyse des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une grille d'entretien construite sur base des référentiels de l'OMS sur les soins essentiels en traumatologie. Les données ont été retranscrites à l'aide des notes des interviews et du matériel d'enregistrement. 26 entretiens semi-directifs dont 14 avec les informateurs clés et 10 avec des victimes d'accidents. 2 focus groupes ont été organisés avec CAN et les acteurs pré-hospitaliers non santé. Les données ont été organisées dans une matrice d'analyse et de synthèse s'appuyant sur le modèle de la chaine de soins d'urgence illustrées par la figure 1:



3. Principaux Résultats

Etats des lieux de la prise en charge pré-hospitalière des victimes d'AVP

1. L'aide d'urgence par les témoins

Sur les 14 acteurs qui ont accepté de répondre sous cette thématique, 80% admettent que la plupart des témoins n'ont aucune formation pour aider les victimes. Leur comportement se résume à l'observation de l'accident, participer à donner l'alerte, et le transport de la victime vers centre hospitalier.

Près de 9 victimes ont répondus sous ce thème, plus de 60% affirme n'avoir pas été aidées par des témoins, d'autre ont fait la remarque qu'ils ont été aidé pour le transport. Il est à noter que la moto à participer largement dans le transport des victimes vers le centre hospitalier.

2. L'appel d'urgence

Quatre des professionnels ont répondus sous ce thème, ils affirment que dans la majorité des cas les appels d'urgence proviennent de La police. Il n'y a pas vraiment de communication en direction des hôpitaux afin d'anticiper l'admission sauf pour les unités annexes de MSF.

Pour les victimes, 43% affirment n'avoir eu un appel d'urgence de personne, 19% ne se rappellent de rien lors de l'accident.

Seulement 4 acteurs soit 28,5% ont un numéro d'appel d'urgence, et qu'il n'existe pas encore un système de communication unique bien connu et utilisé par la population en cas d'alerte d'AR.

3. Les premiers secours profanes

Les premiers secours profanes se résument a donner une aide pour le transport de la victime vers un centre hospitalier. Tous les professionnels s'accordent en un point « les témoins n'ont pas la formation nécessaire pour aider quelqu'un ».

Il faut noter que 70% des victimes d'AR mentionnent qu'ils n'ont pas reçu auprès des témoins des premiers soins sur le lieu d'accident et que 80% d'entre elles ont été transportées par motocyclette vers un centre hospitalier.

Du coté des acteurs, 90% ont déclaré que les témoins n'ont pas de connaissances en premiers soins et que seulement les professionnels sont censés porter leur attention médicale aux victimes sur les lieux d'accident.

4. Les secours professionnels et le transport vers l'hôpital

Le Centre Ambulancier National reste l'acteur principal dans la prise en charge des cas d'AVP. Ils assurent les premiers soins et le transport vers l'Hôpital. En Haïti, depuis 2011, le Centre Ambulancier National (CAN) est en charge de coordonner les soins pré-hospitaliers sur le territoire national. A l'heure actuelle, les activités du CAN se concentrent essentiellement sur l'AMP. Le CAN dispose d'un numéro d'appel d'urgence gratuit (116), d'équipes d'intervention dotées de personnel paramédicaux et d'un service de régulation médicale.

Il existe aussi un réseau d'ambulances de la Croix-Rouge Haïtienne, des hôpitaux publics et privés pouvant assurer le transport de blessés ou les transferts inter-hospitaliers. La police et des officiers de justice sont aussi amener à intervenir sur le lieu de l'accident afin de constater les dommages matériels, corporels voir les décès.

10 acteurs sur 14, soit 71% sont confrontés à des difficultés dans le transport d'une victime d'AR d'un point à un autre. Concernant le triage seulement deux acteurs pré-hospitaliers sur neuf soit 22% ont procédé à cette technique sur les lieux d'accidents. En ce qui attrait à la communication presque tous les acteurs soit 85,7% ont des difficultés dans ce domaine.

5. L'accueil et le traitement hospitalier

La majorité des acteurs ont rapporté que l'accueil à l'hôpital n'est pas optimal, surtout dans les hôpitaux où les victimes doivent payer pour obtenir des soins, et avoir un accompagnant pour assurer une partie de la prise en charge du patient (e.g : achat des médicaments, consommable, paiement des actes, surveillance du patient)

Barrières d'accès à une prise en charge pré-hospitalière

1. Un manque de coordination intersectorielle et un cadre légal inadapté

- Il existe des dysfonctionnements dans la coordination et l'organisation de la chaine de secours du à l'absence d'un protocole national de prise en charge des traumatismes et d'un système de communication performant

- Le cadre légal existant représente un frein à la bonne prise en charge des victimes d'accidents par l'absence d'une définition du rôle et des responsabilités des acteurs concernés, notamment des témoins d'accidents.

- La prise en charge des victimes au niveau des hôpitaux est retardée par une mauvaise coordination entre les acteurs pré-hospitalier et hospitalier

- Presque à l'unanimité (100%), les acteurs ont déclaré que le système pré-hospitalier n'est pas organisé, et qu'il n'existe non plus un cadre légal régulant leur action sur le terrain

2. Une réponse de la part des témoins peu favorable à la survie des victimes

- Il existe une méconnaissance des systèmes d'alerte de la part des témoins d'accidents. Le recours aux numéros d'urgences gratuit existant, notamment celui du Centre Ambulancier, sont peu ou mal utilisés par la population. Près de 90% des appels reçus par le CAN sont inappropriés.

- La faible connaissance par la population des gestes de premiers secours et des bonnes pratiques en matière de transport de victimes réduit la survie des victimes d'accidents

3. La couverture et la disponibilité du réseau d'acteurs de premiers secours restent insuffisantes

- La majorité des victimes arrive par leurs propres moyens au niveau des hôpitaux et sans avoir reçu de premiers soins.

- Les ressources des acteurs de premier secours restent insuffisante pour garantir une prise en charge pré hospitalière adaptée. Si l'on considère les moyens de transport, le ratio d'ambulance dans l'AMP est d'environ 3 ambulances pour 100 000 habitants (contre 25:100 000 en France).
- Sur les 14 participants à l'étude, 9 d'entre eux soit 64% ont avoué qu'ils n'ont pas assez de ressources (humaines et matérielles) pour accomplir leur mission, celle de venir en aide aux victimes d'Accidents de la Route (AR). Aussi, la majorité du personnel intervenant lors des AR n'ont pas assez de formation en premiers secours.

4. Un investissement insuffisant dans la surveillance et la recherche

- La faible performance du système de surveillance des traumatismes dus aux accidents de la route réduit la possibilité d'évaluer la qualité de la prise en charge pré-hospitalière et d'identifier la survenue d'événement indésirable liée à un défaut dans le processus de prise en charge.

- En ce qui attrait au système d'information sanitaire et de surveillance, 5 acteurs seulement soit 35,7% ont procédé à la collecte des données sur les accidents et ceci de manière incomplète (données sociodémographiques, données liées à l'accident et les circonstances de l'accident)

- Des travaux de recherche sont nécessaires afin d'identifier les mesures d'amélioration des soins post-accident cout-efficiente.

5. **Des barrières importantes d'accès aux soins hospitaliers (urgences et réadaptation) et aux services d'accompagnement des victimes/familles**

- Il existe de fortes barrières financières et géographiques aux soins d'urgences. En 2012, selon l'enquête nationale sur l'utilisation des services de santé, 76% des répondants déclaraient rencontrer des barrières financières d'accès aux soins et 43% des barrières géographiques

- La disponibilité limitée en ressources humaines et matérielles au niveau des structures sanitaires limite une prise en charge rapide des victimes

- La grande majorité des usagers de la route ne sont assuré que pour les dégâts matériels. Les mécanismes d'indemnisation des victimes restent limités. On note la quasi inexistence de service d'accompagnement des victimes d'accidents de la route dans le domaine juridique, psychologique et économique

4. Discussion

Dans leur étude menée en 2012 dans le département du Nord-Est, *Aluisio AR et al*, ont montré que 25% des admissions aux urgences étaient liées à une urgence traumatique contre 75% d'admission pour une urgence médicale. Dans le département de l'Artibonite en 2010, les admissions pour accidents de la route représentaient près de 18% des admissions totales aux urgences. La littérature scientifique existante sur ce problème de santé publique, bien qu'encore trop limitée en Haïti, rejoint les témoignages que nous avons recueillis sur l'ampleur du phénomène des AVP.

Les besoins en matière de prise en charge des traumatismes dus aux AR en Haïti sont considérables et doivent être appréhendés dans un contexte plus large de faiblesse du système de soin et de protection sociale.

En Haïti, près de 40% de la population n'a pas accès aux soins essentiels, le pays compte 4 professionnels de santé pour 10 000 habitants. La part des dépenses publiques totales attribuées à la santé est inférieure à 10% dont une part substantielle provient de l'aide internationale. Dans ce contexte, le faible accès de la population aux services médicaux d'urgences représente un facteur associé à une mortalité élevé et un risque important d'incapacités pour les victimes de traumatismes.

La disponibilité des ressources, la couverture géographique de l'offre sanitaire et la capacité financière de la population à payer les soins représente des barrières fortes pour un accès équitable à une prise en charge d'urgence de qualité pour la population haïtienne. Lever ses barrières implique un investissement financier considérable et il faut dans un premier temps identifier les mesures couts-efficientes permettant un meilleur accès aux soins d'urgences pour les victimes de traumatismes d'AR.

Le principal enseignement de cette étude est que le système de prise en charge pré-hospitalière en Haïti s'inscrit dans un cadre informel. Selon une étude menée en 2012 à l'hôpital régional de référence du Nord-Est, 67% des victimes d'accidents avait été transporté en mototaxis et 11% avait reçu des soins sur le lieu de l'accident.

Si la mise en place récente du Centre Ambulancier National, associé à l'existence d'un réseau d'acteurs assurant également le transport de victimes, est porteur de perspectives intéressantes, pour le moment son action se limite essentiellement à l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince. De plus, ce réseau n'est pas en mesure de couvrir l'ensemble des besoins dans cette zone.

Ensuite, la capacité des hôpitaux à accueillir et fournir un traitement rapide aux victimes est limitée. Il serait peu pertinent d'investir des ressources importantes pour renforcer le système pré-hospitalier sans s'assurer en amont que les hôpitaux aient la capacité suffisante à admettre et traiter plus rapidement les victimes de traumatismes. Là encore, des solutions peuvent être trouvées à moindre cout pour améliorer le processus de prise en charge des victimes.

Dernier point, l'absence de données fiables permettant une identification plus fine des besoins de prise en charge des victimes d'accidents de la route, qui ne se limite pas à l'aspect sanitaire, représente un frein important pour la prise de décision dans ce domaine.

5. Recommandations

Les recommandations que nous proposons s'appuient sur une vision à court terme qui tient compte de la nécessité de renforcer le système de pré hospitalier informel qui prédomine actuellement et favoriser une prise en charge rapide au niveau des hôpitaux.

En parallèle, il s'agira d'accompagner les acteurs nationaux dans la réflexion sur les actions à mettre en œuvre à moyen terme pour consolider le système formel de prise en charge pré-hospitalier.

Les interventions dans le domaine de la prise en charge des AVP devront s'efforcer de s'appuyer sur des approches cout-efficiente visant à maximiser la survie des victimes et réduire les conséquences à moyen et long termes des traumatismes

Recommandation 1 : Mettre en place une coordination intersectorielle dans la prise en charge des victimes d'accidents de la route

Recommandation 2 : Informer, Sensibiliser et Former la communauté dans l'adoption de comportements plus favorables en matière d'alerte et de premier secours lors d'un accident de la route

Recommandation 3 : Mettre en place un réseau de prestation de premier soin dans une zone pilote et évaluer le cout-efficacité de cette stratégie

Recommandation 4 : Renforcer le système de surveillance des traumatismes et conduire des travaux de recherche sur les bonnes pratiques en matière de prise en charge des traumatismes

Recommandation 5 : Conduire des actions de pplaidoyer afin de garantir un accès aux services de santé, juridique et d'accompagnement social pour les victimes d'AVP et pour leurs familles

6. Conclusion

L'incidence croissante du poids des traumatismes dus aux accidents de la route dans la mortalité et la morbidité des populations urbaines des pays à ressources limitées n'est pas suivie d'une mobilisation suffisante des acteurs nationaux et internationaux. En Hait, la faiblesse des d'interventions visant à prévenir les risques associés aux accidents de la route induit une réduction des effets des politiques visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé.

En Haïti, malgré l'existence d'une stratégie nationale de sécurité routière depuis 2015, l'insuffisance des ressources affectées aux actions de prévention laisse à penser que le pays ne parviendra pas à réduire de 10 % le nombre des décès et blessures dus aux AR d'ici 2020. L'absence d'un système de surveillance plus performant et d'efforts de recherche plus conséquents représente un frein dans la lutte contre cette épidémie.

Une plus forte participation des acteurs de la recherche, au niveau national et international, sur la problématique des accidents de la route est une nécessité. Des travaux de recherche sont nécessaires pour une description plus fine du phénomène et une meilleure compréhension des facteurs d'exposition. L'autre enjeu de la recherche sur les accidents de

la route en Haïti est d'apporter des éléments de réponse sur la manière dont les bonnes pratiques identifiées au Nord pourraient se transposer au Sud, en considérant les ressources disponibles et la singularité des contextes socio-culturels.

Une collaboration renforcée entre les chercheurs, les acteurs de la société civile et les autorités est donc indispensable pour relever le défi posé par l'augmentation de l'incidence des accidents de la route dans un contexte d'urbanisation et une demande de mobilité croissante.

Au regard des faibles ressources disponibles et de l'incidence des autres types de traumatismes, il semble nécessaire que les acteurs intervenant dans le domaine de l'épidémiologie, de la santé et du handicap ne limite pas leurs efforts de surveillance et recherche uniquement aux seuls traumatismes associés aux accidents de la route.

7. Annexes

1- Liste des participants

2- Guide de recueil des donnes (Grille d'entretiens des acteurs et des victimes d'accidents de la route)

Evaluation du système de prise en charge pré-hospitalière des traumatismes associés aux accidents de la Route

Guide de recueil des données

1. Liste des informateurs clés à rencontrer

Acteurs	Poste	E/F*	Mode collecte **	Jusqu' au 8.08	
Préhospitalier					
CAN					
	Directeur National	E	ESD	**ESD 1**	
	Médecins Urgentistes/Régulateurs	E	ESD	**ESD 2-3**	FG 5
	Equipe Intervention : Ambulancier/infirmier/secouriste	E	FG	**FG1 – FG2**	**FG 3- 4**
	Responsable Système Information	E	ESD	**ESD 4**	
Pompiers/Protection Civile/Croix-Rouge/Sécurité publique					
	Chef de service	E	ESD	**ESD 5-6-7-8**	
	Agent de terrain	E	FG		**FG 3- 4**
Police					
	Chef de Service	E	ESD	**ESD9**	
	Agent de terrain	E	FG		**FG 3-4**
Assurances : OFATMA et OAVCT					
	Chef de Service	E	ESD	**ESD10-11**	
	Agents de terrain	E	FG		**FG 3-4**
Hospitalier					
Service Urgence					
	Médecin Chef de Service	E	ESD	**ESD 11-12-13**	**FG5**
	Infirmier	E	ESD	**ESD 14-15**	
	Anesthésiste/réanimateur	E	ESD		
Services spécialisés					
	Médecine légale	E	ESD/FG	**ESD 16**	
	Orthopédiste-Traumatologue	E	ESD/FG		**FG5**
	Chirurgien	E	ESD/FG		
	Infirmier services spécialisés	E	FG		
	Médecin Service de Réadaptation	F	FG		
	Kinésithérapeute	F	FG		
	Administration/services sociaux	F	ESD		
	OMS/PAHO	E	ESD		**ESD 17**
	MSPP	E	ESD		**ESD18**
	USI-UDEM (PAGHG)	F	ESD		**ESD19**
	CLIO (Acteurs SONU, ex :MDM)	F	ESD		**ESD20**

2. Grille Entretien 'Acteurs Clés '

Identifiant Entretien :

Date et lieu de l'entretien :

Nom(s) Enquêteur(s) :

Heure Début :

Nom(s) du/des Enquêté(s) :

Heure Fin :

Nom(s) de(s) l'organisation(s) représentées :

Note aux investigateurs :

La trame d'entretien présentée ci-dessous est avant tout un support permettant de vous aider dans le déroulé de l'entretien ou du focus-groupe et vous permettre de vous rappeler les principaux questionnements formuler par les hypothèses de départ. A l'issue des entretiens, la finalité étant :

1/ De pouvoir décrire les différentes étapes de la chaine d'urgence, les acteurs mobilisés aux cours de celles-ci et les possibles interactions entre ces acteurs

Pour rappel voici, les différentes étapes de la chaine d'urgence :

2/ D'analyser les Forces/Faiblesses/Contraintes/Opportunités du système actuel en termes de processus, de ressources (humaines/Physiques) et d'organisation

Trame d'entretien

Questions Principales
1. Pourriez-vous me décrire le rôle/les responsabilités/les activités de votre organisation dans la prise en charge des victimes d'accidents de la route ?
2. De quelles ressources disposez-vous pour assurer votre mission ?
▪ Quelles sont les compétences du personnel en matière de prise en charge pré-hospitalière (gestion des accidents et/ou des blessés) ?
▪ Quelle est la formation du personnel ? Le personnel a-t-il bénéficié de formations spécialisées pour la gestion des accidents et/ou des blessés ?
▪ Quelles sont les ressources physiques (équipement/ matériel) à votre disposition pour assurer votre mission ?
▪ Collecter vous des données sur les accidents de la route ou les traumatismes associés ? Si oui, quels outils sont utilisés ? Quelles données sont collectées? Avec qui sont-elles partagées ? *(Demander la possibilité d'observer leurs outils et utiliser alors la grille d'observation, il vaut mieux faire cela en fin d'entretien)*

3. **Selon votre expérience, Pourriez-vous me préciser comment se déroule généralement la prise en charge des victimes d'accidents de la route avant l'arrivée à l'hôpital, au cours des étapes suivantes ?**

- Quelle est l'aide d'urgence dispensé par les témoins ?
- Qui lance l'appel d'urgence ? Quels services/personnes sont appelés ?
- Quels premiers secours profanes (par la communauté) sont administrés ? Existe il des barrières à l'assistance aux victimes par peur de poursuite ou d'autres raisons (culturelles/religieuses)?
- Quels sont les secours professionnels qui interviennent sur les lieux de l'accident? Que font-ils (sécurisation, premier soins, diagnostic, communication)?
- Comment le transport des blessés se déroule /par quels moyens ? Vers quelle(s) structure(s) ? Comment se déroule l'arrivée et l'accueil à l'hôpital ?
- Comment se déroule la prise en charge des décès survenue sur le lieu de l'accident ? Comment le transport se déroule /par quels moyens ? Vers quelle(s) structure(s) ?
- Quels sont les principaux motifs de retard de prise en charge au cours de la phase pré-hospitalière ?
- Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les équipes ?

4. **Comment est encadré le système de prise en charge pré-hospitalier ?**

- Existe-t-il un organe en charge de coordonner le système de prise en charge pré-hospitalière?
- Existe-t-il un cadre législatif qui règlemente, oriente et encadre l'activité des différents acteurs ?
- Existe-t-il un cadre politique (politique nationale) ou technique (protocole, référentiel) en liens avec la gestion des urgences médicales ?
- Comment se fait la coordination entre les acteurs ?

5. **Selon votre expérience, pourriez-vous me préciser comment se déroule généralement la prise en charge des victimes d'accidents de la route à l'hôpital ?**

- Comment se fait la coordination entre les acteurs pré-hospitaliers et hospitaliers (communication, transport, triage) ?
- Est-ce que des patients transportés par les acteurs pré-hospitaliers sont amenés sans que le service hospitalier ait été prévenu ? Avez-vous/transmettez-vous des informations pour anticiper l'accueil/la prise en charge des victimes ?
- Quel est le mode d'arrivée des patients le plus fréquent dans les hôpitaux? Si les patients arrivent par leurs propres moyens, par qui sont-ils transportés
- Quels sont les principaux motifs de retard de prise en charge hospitalière ?
- Existe-t-il des problèmes liés à la disponibilité de ressources humaines, de matériels/équipement ou liés à l'organisation ?
- Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les équipes ?

6. **Selon votre expérience :**

- Quelles sont les principales barrières à une prise en charge pré hospitalière de qualité ?
- Quelles recommandations formuleriez-vous afin d'améliorer le système de prise en charge des victimes de traumatismes ? Quelles seraient les priorités ?
- Quelles sont les contraintes, les opportunités pour une meilleure performance de celui-ci ?

3. Grille Entretien 'Victimes '

Identifiant Entretien :

Date et lieu de l'entretien :

Nom(s) Enquêteur(s) :

Heure Début :

Nom(s) du/des Enquêté(s) :

Heure Fin :

Note aux investigateurs :

La trame d'entretien présentée ci-dessous est avant tout un support permettant de vous aider dans le déroulé de l'entretien et vous permettre de vous rappeler les principaux questionnements formuler par les hypothèses de départ. Les entretiens avec les victimes doivent nous permettre de croiser les informations collectées auprès des acteurs clés et recueillir le vécue des patients tout au long de la chaine de prise en charge pré hospitalière et hospitalière. A l'issue des entretiens, la finalité est la même que celle avec les acteurs clés, à savoir :

1/ De pouvoir décrire les différentes étapes de la chaine d'urgence, les acteurs mobilisés aux cours de celles-ci et les possibles interactions entre ces acteurs

2/ D'analyser les Forces/Faiblesses/Contraintes/Opportunités du système actuel en termes de processus, de ressources (humaines/Physiques) et d'organisation

Prenez le temps de présenter l'enquête aux personnes à interroger et de vous assurer de leur

Présentation de l'enquête et obtention du consentement

Présentez-vous et expliquez les raisons de votre visite. Demandez à parler à la victime de l'accident ou à un proche qui s'est occupé de la victime pendant sa prise en charge et/ou sa convalescence.

« *Bonjour, je réalise une enquête sur les accidents de la circulation en Haiti dans la cadre d'un projet de Handicap International, j'ai été informé de l'accident que vous (ou votre proche) avez eu et je vous souhaite mes prompts rétablissements. J'aimerais m'entretenir avec vous pour connaître les détails concernant les circonstances de l'accident et la prise en charge par l'hôpital pour pouvoir améliorer les services de santé et les campagnes de sensibilisation à propos des accidents de la circulation.* »

Consentement
(Lire le formulaire et demander si l'interlocuteur à des questions. Demander s'il est d'accord pour continuer l'entretien)

Oui ..... 1 Non 2

consentement :

Trame d'entretien

Questions Principales
1. Pourriez-vous me décrire les circonstances de l'accident ? ▪ Que faisiez-vous au moment de l'accident/ pour quelle raison vous vous déplaciez ? ▪ Etiez-vous piétons, passagers ou conducteurs ? Quel mode de transport utilisiez-vous ? ▪ Sur quels types de route/voie a eu lieu votre accident ? ▪ Combien de véhicules étaient impliqués ? Y-a-t-il eu d'autres blessés durant l'accident ? **2. Pourriez-vous me préciser comment s'est déroulée votre prise en charge avant l'arrivée à l'hôpital ?** ▪ Quelle aide d'urgence les témoins de l'accident ont-ils apporté ? ▪ Qui a lancé l'appel d'urgence ? Quels services ont-ils appelé ? ▪ Avez-vous reçu des premiers soins de la part des témoins ou d'une personne de la communauté ? ▪ Quels sont les professionnels du secours qui sont intervenus ? Qu'ont-ils fait (sécurisation, premier soins, diagnostic, communication) ? ▪ Comment votre transport s'est déroulé/par quel moyen et vers quelle(s) structure(s) ? ▪ Qui a pris la décision du mode de transport et du lieu de prise en charge ? Et pourquoi ? ▪ Avez-vous une idée du temps entre l'accident et votre arrivée à l'hôpital ? ▪ Y a-t-il eu des facteurs qui ont facilité ou entravé la rapidité de votre prise en charge ? **3. Pourriez-vous me préciser comment s'est déroulée votre prise en charge avant l'arrivée à l'hôpital ?** ▪ Comment s'est déroulé l'arrivée et l'accueil à l'hôpital ? Avez-vous été transporté dans un ou plusieurs autres hôpitaux avant d'être prise en charge ? ▪ Quels services avez-vous consultés ? Avez-vous été référés par la suite vers une autre structure de soins ? ▪ Avez eu des complications lors de votre hospitalisation ? ▪ Comment votre entourage (famille, amis, témoins,...) vous a-t-il aidé ? ▪ Y a-t-il eu des facteurs qui ont facilité ou entravé la rapidité de votre prise en charge à l'hôpital ? **4. Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la prise en charge des victimes d'accidents de la route ?**

1. Grille Observation : Surveillance des traumatismes

Modalité de scoring : ***NA*** *: Non applicable à ce niveau ;* ***0 : Absent*** *;* ***1 = Non conforme;*** ***2 = Partiellement conforme*** *(variable disponible mais codification non adaptée; disponibilité aléatoire) ;* ***3 = Conforme*** *(variable disponible et utilisée de façon adaptée).* Pour les items obtenant une note de 1 ou 2, le détail concernant la raison pour laquelle l'atteinte n'est que partielle était notifié.

Modules Guidelines WHO		Score	Détails/Description
Module' Ensemble des données minimales '(EDM, N=8)			
	Moyen Identification		
	Age		
	Sexe		
	Intention		
	Lieu		
	Nature de l'activité au moment du trauma		
	Mécanismes en cause		
	Nature du traumatisme		
Module Ensemble des données facultatives (EDF, N=10)			
	Cause extérieure du trauma (ICD)		
	Date du trauma		
	Heure du trauma		
	Lieu de résidence		
	Alcool		
	Autres substances		
	Gravité du trauma		
	Mode sortie ou transfert		
Module 'Complémentaire'			
Démographique	Catégorie Socio Professionnelle (occupation)		
	Niveau d'éducation/étude		
Soins pré hospitalier	Type de soins reçus		
	Mode d'arrivée		
	Temps d'arrivée/transport		
Nature de l'accident	Lieu et zone géographique		
	Type d'usager		
	Type de véhicule		

	Utilisation de dispositif de sécurité		
Diagnostic	Paramètres cliniques Score de sévérité Présence d'alcool ou autres substances		
Détail des Blessures	Information 'anatomique' Traitement		
Suite après SAU	Hospitalisation Décharge Décès		
Réanimation	Administration Oxygène Réanimation		
Complications durant les soins à l'hôpital	Arrêt cardiaque ou coma Infection septicémie		